



UNIVERSITÀ DI PISA

Dipartimento di Civiltà e Forme del Sapere
Corso di laurea in Filosofia e Forme del Sapere

Tesi di laurea magistrale

TERRITORI DI CONFINE.
LA RELAZIONE CON SOGGETTI AFFETTI DA
MALATTIE NEUROPSICHIATRICHE E IL VALORE
TERAPEUTICO DELL'ARTE

Relatore

Prof.ssa Maria Antonella Galanti

Candidato

Correlatore

Margherita Cavalli

Dott. Luca Mori

ANNO ACCADEMICO 2015/2016

Indice

Introduzione	p.1
Capitolo 1. Formazione fra arte e cultura	
1§ Gioco e cultura	p.6
1.1 Cultura e società	p.7
1.2 Giocare da grandi. Winnicott e il gioco creativo	p.15
2§ L'orchestra sociale	p.19
2.1 Il linguaggio della musica	p.20
2.2 Il corpo del teatro	p.25
2.3 Scrittura e narrazione	p.32
Capitolo 2. L'alterità del soggetto con la sindrome di Alzheimer	
1§ Terra di nessuno o terra di confine	p.38
1.1 La mia stanza vuota: malattia, depressione e senso di colpa	p.42
1.2 Ti guardo ma non ti vedo: quando si ammala un familiare	p.46
2§ Memoria e ricordi	p.51
2.1 La memoria di cui non ci si fida più	p.57
2.2 Ricordi che curano	p.60
2.3 Scrivere la rotta nell'oblio del tempo	p.69

Capitolo 3. L'altro in me: la follia

1§ Siam folli o siam desti?	p.79
1.1 Follia e società: i “matti” e i manicomi	p.84
1.2 Allucinazioni, un esempio	p.93
2§ Arte e disagio psichico	p.99
2.1 Dare voce alle emozioni	p.104

Capitolo 4. Il pensiero fragile: le disabilità intellettive

1§ Come mi vedi	p.113
1.1 Disabilità e società	p.116
1.2 Disabilità e famiglia	p.122
2§ Come mi vedo, come mi racconto: emotività e creatività come comunicazione	p.127
2.1 Hello Kattrin, racconto di una compagnia teatrale	p.132

Capitolo 5. L'Io sonoro: la musicoterapia

1§ Musica come linguaggio comune	p.137
2§ Musicoterapia	p.150
3§ La voce che cura: attività musicale nelle comunità terapeutiche	p.156

Bibliografia	p.163
--------------	-------

Introduzione

«(...) *Through the sound overpowers,
Sing again, with your dear voice revealing
A tone
Of some world far from ours,
Where music and moonlight and feeling
Are one.*»
P. B. Shelley, *To Jane*.

I territori di confine sono infiniti: spaziali, geografici, temporali, culturali e ideologici. Tutti questi casi sottintendono spazi delimitati, sia esteriori che interiori, fra loro tangenti. L'uomo stesso è un territorio di confine: attraverso la propria fisicità egli si pone in presenza al mondo, portando alla luce l'espressione del suo universo interiore fatto di idee, emozioni e anima.

Il termine *confine* segna un limite oggettivo con *altro*: un uomo, un'idea, comunque altro rispetto a sé. In quanto tale esso può essere percepito come limite invalicabile, una barriera che chiude e separa. In realtà il confine differenzia due entità nella sospensione del giudizio: solo attraverso il superamento della linea di demarcazione si può andare oltre, ampliare le proprie conoscenze e trovare nuove forme di se stessi.

Il confine più semplice da immaginare è quello fisico: il corpo ci divide dalle persone che ci circondano; proprio in risposta a questa separazione l'uomo è portato a cercare

momenti di unione con le persone care attraverso abbracci, baci o gesti d'affetto.

I confini più difficili da comprendere e affrontare sono però quelli interiori, concretizzati nelle nostre idee, nella nostra personalità e carattere; questi sono comunemente intesi sotto il termine *limite*. Affrontare la diversità e l'alterità porta a compiere un percorso formativo che permette di ampliare gli orizzonti e offrire alternative.

La necessità di superare i propri confini è anche il modo migliore per ritrovare se stessi: come scrive Michel Onfray¹ compiere un viaggio significa anche poter guardare indietro e ritrovare *casa*.

Nel viaggio l'uomo si concede un assaggio di mondi, culture e paesaggi, senza però perdere la propria identità e appartenenza; il principio è medesimo nella vita di relazione. In essa si incontrano e scontrano identità diverse che si intersecano e si contaminano a vicenda, senza perdere il senso di sé. L'incontro avviene tramite uno scambio, solitamente concretizzato in forma orale.

Vi sono, però, casi in cui il linguaggio verbale non è di per sé sufficiente o è del tutto inadatto alla comunicazione, come nel caso dell'incontro con soggetti affetti da patologie particolari, i cui sintomi impediscono di utilizzare, in modo efficace e non frustrante, i normali canali di comunicazione.

La diversità si concretizza nel fisico, nella malattia stessa e nel modo di esprimersi: si tratta di limiti espliciti che portano a smarrimento, paura e quindi all'allontanamento. Questo è sperimentabile nell'incontro e nella relazione con quei soggetti comunemente chiamati “pazzi”, cioè figure vissute attraverso le varie epoche storiche come al limite del mitologico o emblemi di mostruosità, come i disabili o gli anziani affetti da demenze affini a quella di Alzheimer.

¹ M. Onfray, *Filosofia del viaggio. Poetica della geografia*, Ponte alle Grazie, Milano, 2010.

Per questi ultimi, con il trascorrere degli anni, i punti di riferimento sono sempre più sbiaditi e la difficoltà d'espressione è sempre più forte. In aggiunta vi è il disagio dell'interlocutore, spesso un familiare, incapace di accettare la malattia della persona cara, in preda allo sconvolgimento emotivo e al senso di impotenza. Si innesca così una difesa psicologica che porta a tutelare se stessi e impedisce di vedere la vera domanda d'aiuto: il malato non chiede una cura farmacologica per ora inesistente, ma ascolto, supporto e leggerezza.

Avere sperimentato in prima persona il benessere generato dal gioco e dall'assecondare le immaginazioni derivanti da questa malattia, mi hanno portata a voler conoscere e approfondire i meccanismi di comunicazione *extra-ordinari*, utilizzati con soggetti ritenuti anch'essi fuori dall'ordinario.

L'azione pedagogica e terapeutica di teatro, scrittura e musica, però, è fortemente sottovalutata dalla collettività. Vi sono invece bellissime esperienze che sanno mostrarne la forza e l'efficacia. Esse possono rivelarsi appigli per far riaffiorare alla memoria voci e volti, per portarci in mondi lontani, per farci sentire vicino chi invece percepiamo come distante o non è più con noi.

Come scriveva P. B. Shelley e come cantava mio padre

*(...) Canta ancora, con la tua cara voce, rivelando il suono di un mondo lontano da noi, dove la musica, il chiaro di luna e le emozioni sono una cosa sola.*²

La capacità, o meglio l'arte di instaurare un nuovo modo di mettersi in relazione si fonda infatti sull'immediatezza del messaggio: non ancorando la comunicazione ai soli aspetti interpretativi della parola, è possibile avvicinarsi in maniera più profonda

² P.B. Shelley, *To Jane* in *Poesie*, Rizzoli, Milano, 1998.

sia alla sfera emotiva, sia a quella razionale.

Questa peculiare tipologia di comunicazione, ottenuta attraverso l'uso consapevole di più linguaggi, risulta terapeutica proprio perché dona all'altro la dignità di uomo. Riconoscere e valorizzare le espressioni artistiche di soggetti affetti da malattie neuropsichiatriche permette di fare a meno di etichette e lascia emergere l'artista; elimina la paura del limite e rende possibile porsi in ascolto di persone generalmente considerate incapaci di comunicare.

Queste esperienze dimostrano l'importanza di riconoscere sempre l'essere umano oltre i pregiudizi, le differenze e le difficoltà. L'empatia e l'ascolto rimangono i canali preferenziali per instaurare contatti anche nei casi in cui ciò pare difficile o impossibile. I racconti di questi *casi limite* generano infiniti spunti di riflessione, legati non solo all'approfondimento dei singoli casi trattati, ma anche ad argomenti paralleli.

Per esempio potrebbe rivelarsi interessante approfondire l'influenza sociale della voce e dei toni vocali da un punto di vista culturale, storico e scientifico, come anche ricercare figure di pazzi legate alle storie e alle tradizioni popolari, in una lettura etnoantropologica della follia.

Nel *Momo o del principe*³ il protagonista Momo, dio greco insolente e sarcastico, una volta tornato dall'esilio narra a Zeus la sua esperienza sulla terra.

Fra le varie peripezie e sventure vissute, racconta di aver provato ogni professione umana, rendendosi conto che

(...) tutte quelle maniere di vivere che godono altissima reputazione tra gli uomini

³ L. B. Alberti (c.a. 1447), *Momus sive de principe*, trad. it., *Momo o del principe*, pdf a consultazione libera Ouisia, <http://www.ousia.it/SitoOusia/SitoOusia/TestiDiFilosofia/TestiPDF/Alberti/Momo.pdf>

*sono molto meno utili e meno adatte al bene e beato vivere di quanto pretendano i consueti ragionamenti dei saggi; (...).*⁴

Passando attraverso una mascherata, ma fine, critica sociale, Momo giunge a un'inaspettata conclusione:

*(...) diceva di non aver trovato alcun genere di vita che valesse la pena di scegliere e desiderare in tutti i suoi aspetti, tranne quello di coloro che vanno in giro a chiedere l'elemosina, i cosiddetti vagabondi. Si mise allora a dimostrare con molto spirito e ricchezza di argomenti che questo è davvero l'unico sistema di vita agevole, chiaramente vantaggioso, privo di disagi, ricco di libertà e di piacere; (...)*⁵

L'asocialità, la differenza, il fatto stesso di essere considerato pazzo è ciò che rende l'emarginato in un certo senso più libero di chi non lo è; libero di esprimere la propria opinione e di vivere oltre le convenzioni e limiti sociali. Allontanandosi dalla mera critica sociale, propria del discorso di Alberti, è comunque vero che la reale libertà deriva dalla capacità di distaccarsi e assumere uno sguardo critico nei riguardi di ciò che generalmente è intesa come normalità.

È proprio grazie all'incontro con le persone che riteniamo diverse, estranee e lontane dal modello considerato *normale* che è possibile guardare il mondo assumendo un nuovo punto di vista, incontrandosi e confrontandosi per crescere, cambiare e imparare nuovi significati della libertà e del vivere, anche nella più profonda diversità. Il tutto, insieme.

⁴ Ibidem, p.38.

⁵ Ibidem, p.39.

Capitolo 1

Formazione fra arte e cultura

1§ Gioco e cultura

La nostra formazione è il risultato di processi di assimilazione ed elaborazione di una complessa rete di impulsi, stimoli e sollecitazioni.

Sono quelli che chiamiamo *insegnamenti* o *esperienza*: processi che aggiungono un tassello nuovo alla nostra personalità, alle conoscenze e influiscono su pensieri, giudizi oppure modificano il modo di agire.

Tali processi sono esperienze quotidiane, consce o meno, che si ripropongono per tutta la vita e possono essere compresi nel termine *educazione*.

Le fonti da cui attingiamo i dati per la nostra educazione sono molteplici, come anche i canali con cui arriviamo alle informazioni: esperienze sensoriali, rapporti sociali, educazione familiare e scolastica.

Una di queste fonti è quella che verrà analizzata in questo capitolo: l'esperienza culturale.

Come verrà mostrato in seguito la fruizione delle esperienze culturali, singolarmente o collettivamente, può essere considerata come un'evoluzione del concetto di gioco per gli adulti.

Prima di affrontare questo punto è però necessario chiarire cosa si intenda col termine *cultura* e soprattutto quali aspetti di essa rimarranno come punti fermi nella trattazione.

1.1§ Cultura e società

Il termine cultura (dal latino *colere*, cioè coltivare) sottintende gli aspetti della vita socialmente condivisi come valori, norme, concetti, simboli, credenze, sapere.

Essa comprende anche quegli oggetti materiali che incorporano contenuti simbolici, veicolando significati immateriali come l'abbigliamento, la moda o i motivi religiosi.

Parlare di cultura implica un coinvolgimento del tema sociologico in quanto essa sussiste come processo di significazioni esplicitate nell'interazione sociale⁶.

Fra XIX e XX secolo il concetto di cultura assunse rigore scientifico.

Il primo a formularne una definizione concettuale, in chiave antropologica, fu Edward Burnett Tylor⁷ considerato il fondatore dell'antropologia moderna.

Nel suo saggio del 1871 Tylor formulò la prima e sistematica definizione di cultura, ponendola come sinonimo di civiltà.

La cultura, o civiltà, intesa nel suo ampio senso etnografico, è quell'insieme complesso che include la conoscenza, le credenze, l'arte, la morale, il diritto, il costume e qualsiasi altra capacità e abitudine acquisita dall'uomo come membro di una società.

Da qui la successiva divisione in tre componenti della cultura ovvero ciò che gli individui pensano, fanno e i materiali che producono.

Tali componenti culturali comprendono ogni aspetto della vita sociale e individuale

⁶ Società e cultura vengono qui intese come entità a sé stanti condivise dal soggetto uomo. Per ulteriori specifiche rimando a L. Sciolla, *Sociologia dei processi culturali*, Il Mulino, Bologna, 2002, pp.129-201, capitoli V e VI.

⁷ E. B. Tylor (1871), *Primitive culture. Researches into development of mythology, philosophy, religion, art and custom*.

legato all'ambito culturale: religione, morale, norme in genere, costumi, abitudini, azioni ordinarie, artefatti, oggetti di culto e uso quotidiano.

La cultura nella sua forma conclusiva appare come una totalità sociale omogenea e organica al suo interno, diversa rispetto ad altre, a loro volta omogenee e organiche, ma caratterizzate da elementi differenti.

Essa rappresenta la totalità dell'ambiente sociale e fisico derivante dall'uomo: le rappresentazioni mentali, i modelli di comportamento, tutte le istituzioni come famiglia, organizzazione politica e sistema economico, differenti a seconda del gruppo considerato.

Da questo si deduce che il concetto di condivisione è interno a quello di cultura, dato che l'aggettivo *culturale* viene concesso a un fenomeno laddove questo sia condiviso da un gruppo.

Emile Durkheim⁸, figura chiave negli studi sociologici e antropologici del XX secolo, individuò la base della società nella dimensione simbolica.

I simboli sottintendono il gruppo di credenze e rituali condivisi, fungono da rappresentanti della società e consentono la comunicazione fra i suoi membri.

Da questa formulazione nascono quelle che Durkheim definisce *rappresentazioni collettive*, cioè forme di pensiero cognitivo, credenze religiose, miti, norme e valori morali che vanno a sostituire la coscienza collettiva⁹.

Le rappresentazioni collettive assumono per la sociologia un posto centrale in quanto mettono in luce il duplice carattere, cognitivo e morale, della cultura.

Si introduce l'idea che concetti e credenze assumano valore e validità nei contesti

⁸ E. Durkheim (1893), *La divisione del lavoro sociale*, Edizioni di comunità, Roma, 1999; Id. 1895, *Le regole del metodo sociologico*, Einaudi, Torino, 2008; Id. (1922), *Sociologia e l'educazione*, Ledizioni, Milano, 2009.

⁹ Id., *De la division du travail social*, 1893, trad. it. *La divisione del lavoro sociale*.

sociali da cui dipendono: così formulati essi divengono frutto dell'attività cooperativa e assumono carattere istituzionale.

Le credenze comuni, ad esempio, non contano per il loro grado di verità, ma in quanto costituiscono un elemento ordinatore e regolativo del comportamento individuale.

Max Weber¹⁰ definisce la cultura come

*sezione finita dell'infinità priva di senso del divenire del mondo alla quale è attribuito senso e significato dal punto di vista dell'uomo.*¹¹

La cultura diviene quindi oggettiva in quanto collettiva e non dipendente da stati psicologici individuali.

Lo stesso vale per le rappresentazioni che assumono oggettività ed exteriorità particolare in relazione agli individui che ne fanno uso, ma anche li producono e modificano parzialmente.

La cultura assume anche un carattere soggettivo nel momento in cui il soggetto assimila le proposizioni culturali rendendole rappresentazioni mentali.

Queste ultime vengono create nel momento in cui gli attori sociali interpretano quei simboli culturali che possono modificare i modi di pensare e agire, ad esempio influenzando il comportamento.

La cultura è quindi un'insieme di elementi unificati da una specifica logica, data da un gruppo di soggetti che riconoscono i suoi elementi come significativi, donandogli senso.

¹⁰ M. Weber, *L'«oggettività» conoscitiva della scienza sociale e della politica sociale*, in ID., *Il metodo delle scienze storico-sociali*, Einaudi, Torino, 1958.

¹¹ Ibidem, p.96.

Gli elementi che vanno a costruire le singole culture sono infiniti, attingibili da diversi campi di esperienza e non per tutti condivisi: alcuni hanno una valenza morale legata alla storia di un determinato luogo, altri divengono simboli di un ideale.

Inevitabile è quindi il pluralismo culturale, sempre più manifesto data la maggiore integrazione.

Esso va oltre il limite geografico, infatti si sviluppa anche all'interno delle singole città creando le sub-culture, intese come culture di gruppo diversificate rispetto alla cultura della società considerata nella sua interezza.

La cultura contiene per sua stessa definizione elementi conflittuali, ritenuti indispensabili per l'esistenza del gruppo e non danneggianti in quanto con essi cresce la complessità sociale.

Una cultura che ospiti al suo interno elementi opposti offre alternative: flessibilità e indeterminazione orientano meno rigidamente i comportamenti e consentono un'evoluzione che comporta un aumento di libertà e rispetto.

D'altra parte la dilatazione culturale causa una maggior tendenza interpretativa, la quale può sviluppare un senso di incertezza derivante dalle diverse proposte di norme e valori.

Il rapporto fra società e cultura è bidirezionale: le due realtà sono entrambe indipendenti, si influenzano vicendevolmente non solo nel rapporto uomo-uomo, ma anche nelle relazioni politiche nazionali e internazionali.

Questo rapporto si basa su tre concetti, in primis sulla dipendenza delle forme culturali dalle strutture sociali: essendo la cultura una variabile dipendente, essa è spiegabile e comprensibile in base ad altri fattori.

Rilevante è anche il ruolo che le forme culturali svolgono nel determinare azioni e sviluppo sociale; in questo caso la cultura è la variabile che spiega i comportamenti sociali.

Infine vanno considerati quei processi che permettono alla cultura di trasmettersi da una generazione all'altra e in base ai quali essa si diffonde e trasforma.

Questi processi delineano una genesi delle forme culturali, considerando gli effetti e i meccanismi con cui la cultura entra a far parte dell'universo soggettivo delle persone. L'aspetto più condiviso e popolare della cultura è quello che viene definito *senso comune*, anch'esso considerato come una forma di sistema culturale¹².

Il senso comune sottintende tutti quei quadri di pensiero, rappresentazioni e schemi percettivi che rappresentano sia aspetti cognitivi che simbolici, usati dai soggetti a livello precosciente.

Come esempio si possono citare: categorie, nozioni generali, modi di rappresentare gli altri e di percepire l'ambiente, aspettative e stereotipi.

Tali elementi si basano sulla veridicità della realtà e dell'esperienza quotidiana, intesa come ordinata, oggettivata e percepita come tale non solo soggettivamente, ma collettivamente; la validità collettiva permette la sospensione del dubbio scatenando l'autoevidenza dei fatti.

Le relazioni sono “tipizzate”, ovvero modellate e percepite in base a schemi che generano in noi un'aspettativa.

Il fondamento del senso comune è una generale conoscenza umana collettiva, non omogenea, ma socialmente distribuita e relativamente coerente.

Esso sta alla base di quello che si sottintende nella frase “si sa che...”, ovvero l'oggettivazione di un dato di fatto, presentato come tale non tanto per la sua effettiva

¹² L. Sciolla, *Sociologia dei processi culturali*, Il Mulino, Bologna, 2002.

veridicità, ma in quanto convalidato dalla collettività.

Un altro esempio di sistema culturale è la religione: un sistema di credenze e regole morali riferito a esseri sovrumani e al loro rapporto con l'uomo.

Tale sistema si esprime in dottrine, dogmi, precetti, divieti o simboli con carattere pubblico.

Le norme religiose infatti non sono solo interiorizzate dal credente, ma anche condivise dalla collettività dei fedeli e rappresentate da simboli esterni presenti nella cultura.

Grazie alla religione l'uomo si inserisce in un ordine cosmico sacro e non più limitatamente umano, connettendosi a un ordine universale.

Tale sentimento va ad unirsi alla condivisione collettiva delle credenze religiose stesse, rafforzando i legami sociali e si ponendosi non solo come sistema di comunicazione di idee e sentimenti, ma anche come corpo di norme regolativo dell'ordine sociale.

Tale sistema culturale ha fortemente risentito del processo di secolarizzazione e di razionalizzazione vissuto dalla società contemporanea negli ultimi due secoli.

Questo processo ha generato un mutamento sia intorno alle credenze e ai valori religiosi, sia nell'aspetto comportamentale, inteso come integrazione fra valori e credenze ed effettivo agire degli individui.

Una concausa, oltre la separazione fra stato e chiesa, è stata certamente il pluralismo religioso che ha portato a una maggiore individualizzazione delle credenze insieme a fenomeni di sincretismo culturale.

Esempi come questi mostrano come la cultura influenzi l'azione sociale, sia come dispensatrice di valori poi interiorizzati individualmente, sia come luogo di

affermazione di norme e modelli culturali approvati e validati dalla collettività.

A Talcott Parsons¹³ si deve una delle maggiori teorizzazioni riguardanti la creazione di modelli nati dalla relazione fra cultura e azione sociale, identificata dall'autore nella figura dell'*Attore socializzato*, elaborata riallacciandosi a Durkheim e Freud¹⁴.

Attraverso il processo di interiorizzazione che avviene nell'infanzia si inseriscono nella personalità valori condivisi dalla collettività, successivamente tradotti in azioni.

La conformità a tali azioni condivise viene rinforzata attraverso meccanismi di controllo sociale, ad esempio attraverso le sanzioni, che portano l'attore sociale a preferire certi mezzi o soluzioni ad altri, in linea con le regole e norme vigenti nella società.

Proprio le norme si pongono come punto di congiunzione fra individuo e società: se da una parte limitano l'azione e il libero arbitrio, dall'altra sono prodotto stesso dei valori di fondo di una cultura.

Insieme ad una conformità di comportamento si sviluppano le aspettative legate ai ruoli sociali, che rendono prevedibili i comportamenti dei singoli e della collettività.

Un modello contrapposto a quello di Parsons è quello dell'*Identità sociale* elaborato da Francesca Cancian¹⁵, derivante dalla constatazione empirica che vede la connessione fra valori e comportamenti non sempre come diretta e immediata.

I membri di un gruppo condividono credenze che vanno a determinare i comportamenti, cioè le azioni del singolo.

Ciò avviene in relazione a quelle norme che definiscono l'identità dei singoli in

¹³ T. Parsons, *Sociological theory and modern society*, 1968, trad. it. *Teoria sociologica e società moderna*, PGreco, Milano, 2015; S. Segre, *Talcott Parsons. Un'introduzione*, Carocci, Roma, 2009.

¹⁴ T. Parsons, *The structure of social action. A study in social theory with special reference to a group of recent European writers*, McGraw-Hill, New York, 1937.

¹⁵ F. Cancian (1976), *Norms and behavior*, in J. J. Loubser (a cura di), *Explorations in General Theory in Social Science. Essays in Honor of Talcott Parsons*, New York, The Free Press.

quanto membri collocati in una particolare posizione sociale convalidata dal gruppo stesso.

L'azione conforme a norme specifiche dà vita a una particolare identità che per esistere deve essere socialmente accettata.

È quindi necessario inserirsi e non entrare in conflitto con le credenze condivise: le identità sociali formate in conformità ad esse garantiscono uno specifico orientamento d'azione, quindi l'accettazione sociale.

La cultura influisce fortemente sui soggetti, sulle loro relazioni, ponendosi non solo come canale di apprendimento, ma anche di espressione.

La trasmissione culturale si fonda sul linguaggio, ovvero sull'oggettivazione dei singoli elementi dell'esperienza quotidiana a cui vengono collegati suoni o simboli, permettendo ai soggetti di richiamarli alla memoria laddove questi non siano fisicamente presenti.

Il linguaggio è certamente il canale preferenziale, come dimostra ad esempio la fitta tradizione orale nazionale e internazionale, sia per la trasmissione sia per l'espressione culturale in genere.

Esistono tuttavia altri canali che prendono forma in alcune discipline specifiche come ad esempio la danza.

Attraverso la fisicità e i gesti del corpo, la danza mima significati oggettivi, anche se questi non sono soggettivamente vissuti da chi li compie; lo stesso avviene nella musica, nel teatro e nell'arte in genere.

Tutte le declinazioni della cultura sono, per definizione stessa di cultura, ma anche per esperienza, parte della nostra quotidianità.

Sorge spontaneo domandarsi perché l'uomo nella sua storia, oltre che nella sua

esperienza quotidiana, necessità dell'esperienza culturale nelle sue plurime forme, tanto da considerarne alcune sue espressioni come aspetti fondamentali in alcune personalità.

Donald Winnicott¹⁶ risponde a questo interrogativo analizzando il rapporto dell'uomo con la cultura, ponendolo in parallelo con il gioco infantile.

1.2§ Giocare da grandi. Winnicott e il gioco creativo

L'analisi di Winnicott¹⁷ riguarda la fruizione dell'esperienza culturale, centrale nello sviluppo del soggetto in quanto posta come equivalente del gioco infantile, quindi come ponte fra realtà interiore ed esteriorità la cui sostanza primaria è l'*illusione*.

L'illusione è qui intesa come area intermedia tra incapacità e crescente capacità del bambino di riconoscere e accettare la realtà.

Essa è un luogo *di riposo* nel costante esercizio di separazione e connessione fra la realtà interna e la vita esterna: entrambe contribuiscono a tale area intermedia di esperienza che si mantiene comunque distinta da esse.

Le prime esperienze illusorie danno significato all'idea del rapporto fra essere umano e un oggetto percepito dagli altri come esterno all'uomo stesso.

Tali esperienze si verificano originariamente nei *fenomeni transizionali*.

Io ho introdotto i termini “oggetti transizionali” e “fenomeni transizionali” per designare l'area intermedia di esperienza tra il dito e l'orsacchiotto, tra l'erotismo

¹⁶ D. Winnicott, (1971), *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma, 2006.

¹⁷ Ibidem; Id. (1974), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando Editore, Roma, 2013.

orale e il vero rapporto oggettuale, tra l'attività creativa primaria e la proiezione di ciò che è stato precedentemente introiettato (...).

Con questa definizione il balbettare di un bambino e il modo in cui il bambino più grande va ripetendo un repertorio di canzoncine o di filastrocche mentre si prepara per andare a dormire, rientrano nell'area intermedia come fenomeni transizionali insieme con l'uso che il bambino fa di oggetti che non sono parte del suo corpo ma che non sono ancora pienamente riconosciuti come appartenenti alla realtà esterna.¹⁸

L'oggetto transizionale non è un oggetto interno, ma nemmeno esterno, è un possesso, come una bambola, un orsacchiotto, un oggetto speciale a cui i bambini si assuefanno fra i 4 e i 12 mesi.

Questo particolare oggetto rappresenta la transizione del bambino da stato di fusione con la madre alla relazione con oggetti a lui esterni.

L'autore quindi non tratta il primo oggetto dei rapporti oggettuali, ma il primo oggetto posseduto e l'area intermedia fra ciò che è soggettivo e ciò che è oggettivamente percepito.

Questo passaggio è considerato fondamentale nella crescita: si tratta di un paradosso implicito che non deve essere spiegato, ma semplicemente accettato, valido per ogni individuo umano capace di crescere e fortificarsi psicologicamente mediante l'uso del legame culturale col passato e col futuro.

L'oggetto transizionale è sempre simbolo di qualche oggetto parziale come il seno e risulta fondamentale non tanto per il suo valore simbolico, quanto per il suo essere reale.

¹⁸ D. Winnicott (1971), *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma, 2006, pp.20-21.

Nonostante il suo non essere seno o madre sia reale, è altrettanto importante come il fatto che esso “sta per”, sostituendo simbolicamente il seno o la madre.

L'oggetto transizionale rappresenta infatti la capacità della madre di presentare il mondo esterno al bambino così che egli non sappia, in un primo tempo, che un determinato oggetto non è stato creato da lui.

Inizialmente la madre fornisce al bambino l'opportunità di un'illusione adattandosi quasi totalmente alle sue necessità: il suo seno è parte del bambino che detiene su di esso un controllo quasi magico¹⁹.

Psicologicamente per il bambino il seno è parte di sé, non vi è scambio con la madre, ma concepisce il seno solo fino al punto in cui esso può essere creato in quel luogo e in quel momento.

Il compito della madre sarà poi quello di disilludere gradualmente il bambino, azione possibile solo laddove vi sia stato un inizio *sufficientemente buono* della madre²⁰.

Se il bambino è privato dell'iniziale illusione di onnipotenza sul seno non potrà essere gradualmente disilluso: la mancata disillusione gli precluderà l'esperienza delle frustrazioni che permettono lo svezzamento.

Attraverso l'esperienza di frustrazione limitata, ma ripetuta, il bambino imparerà a fronteggiare il graduale venir meno della madre con l'inizio dell'attività mentale: impiegando soddisfazioni auto-erotiche, imparando a ricordare, rivivere, fantasticare, sognare, facendo quindi integrare passato, presente e futuro.

Dall'esperienza della frustrazione inizia la strada per l'adattamento.

L'accettazione della realtà è una sfida costante e difficile: la tensione con la realtà

¹⁹ Il fenomeno soggettivo che si sviluppa nel bambino è chiamato *seno materno*: la madre pone il seno reale dove il bambino è pronto a creare. Vi è un sovrapporsi di ciò che la madre dà a ciò che il bambino può concepire.

²⁰ Winnicott specifica l'importanza di una madre definita *sufficientemente buona*. Con tale definizione intende una madre che si adatti ai bisogni del bambino tramite un adattamento attivo, che diminuisca a seconda delle capacità del bambino, tollerando i risultati della frustrazione.

interna resta per sempre e il sollievo a tale disagio è dato soltanto dalla nostra area intermedia di esperienza che non viene messa in dubbio.

Per l'adulto tale area è identificabile con l'arte o con la religione ed è in diretta continuità con l'area di gioco del bambino.

Il gioco, o l'esperienza culturale per l'adulto, identificano un *fare* con tempo e luogo proprio, diverso dal mondo interno, ma anche dalla realtà esterna, posto nello spazio potenziale fra il bambino agente nell'attività ludica e la madre.

Giocare è un'attività universale e appartenente alla sanità del soggetto: giocando si instaurano relazioni di gruppo, si entra in comunicazione con gli altri e si favorisce la crescita.

La psicoanalisi stessa è considerata come una forma avanzata di gioco al servizio della comunicazione con se stesso e con gli altri.

Il gioco è terapia ed esperienza creativa svolta in un continuum spazio temporale, caratterizzato dalla precarietà di restare su quel limite che separa il soggetto da ciò che è percepito oggettivamente²¹.

Il bambino che gioca, come un adulto concentrato in una qualche attività, abita un'area intima, estranea all'intervento altrui che risulta disturbante.

La realtà psichica interna raccoglie oggetti o fenomeni dal mondo esterno per utilizzarli al servizio di elementi derivanti da realtà interna: è da tale fenomeno definibile *transizionale* che si genera la creatività.

L'illusione, infantile e adulta, è posta come esperienza fondamentale per la crescita creativa del soggetto laddove non sfoci in follia, ad esempio quando un adulto insiste

²¹ Winnicott esplicita la relazione fra gioco e sfera onirica, differenziandoli dal fantasticare. Nel sogno i fenomeni esterni vengono manipolati e investiti di significato. Il fantasticare invece è un fenomeno isolato la cui inaccessibilità è legata più alla dissociazione, non ha tempo proprio, "accade" immediatamente e non è costruttivo per il soggetto.

nel chiedere ad altri di condividere un'illusione che non gli è propria.

Quando invece viene mostrata una similarità illusoria fra adulti si costituisce un gruppo, come avviene nell'arte e nella religione.

La creatività è intesa in senso universale, riguarda la maniera che ha il soggetto di incontrarsi con la realtà esterna e la colorazione che tale relazione assume, attraverso cui l'individuo percepisce il valore del vivere.

Tale atteggiamento contrasta con la passività e l'adattamento dettati dal vivere in un rapporto di compiacenza con la realtà esterna: questo fenomeno porta con sé un senso di futilità e di apatia verso la vita che può risolversi in malattia psichica.

Per Winnicott quindi creatività è sintomo di sanità, fondamentale per l'equilibrio psichico dell'individuo che con essa si dimostra capace di agire deliberatamente e in maniera sana.

2§ L'orchestra sociale

Per la seguente analisi verranno prese in considerazione soltanto tre espressioni dei molti fenomeni culturali esistenti.

Attraverso il nostro incontro con essi e il conseguente uso che, direttamente o meno possiamo farne, tali espressioni influiscono fortemente sulla nostra educazione e sull'equilibrio della nostra realtà interiore.

Si procederà quindi con una breve trattazione degli aspetti educativi e terapeutici di musica, teatro, scrittura e narrazione.

2.1§ Il linguaggio della musica

Innanzitutto è necessario specificare che con il termine *musica* non si intende soltanto l'espressione sonora canonica e armonica che accompagna la nostra quotidianità in svariate forme.

Essa comprende anche ciò che definiamo *rumore* e *silenzio*, entrambi elementi fondamentali nel rapporto fra uomo e musica, in grado di sviluppare la creatività e l'invenzione di nuovi codici.

Con la musica si possono esperire molteplici campi dell'esperienza sensoriale, non solo la sfera uditiva, ma tattile, corporea, emotiva.

Essa diviene linguaggio che permette di modificare la realtà e allo stesso tempo tradurla, usando il suono come mezzo di comunicazione.

Nonostante sia spesso un elemento di contorno del nostro vissuto, ritenuto soggettivamente più o meno importante, la musica è in realtà un vero e proprio campo di azione educativo e formativo tanto da aver sviluppato una specifica area di studi denominata *Pedagogia della musica*²².

Questa disciplina analizza, studia e ricerca le conseguenze dell'interazione soggetto-musica: grazie alla sua azione sono stati riportati importanti risultati sia nella sfera delle relazioni e dell'intersoggettività, sia nella formazione del soggetto, nel raggiungimento dell'equilibrio psichico e nella scoperta del sé.

Mario Piatti, educatore riconosciuto nel panorama internazionale per i suoi contributi alla materia, definisce la pedagogia della musica come

²² F. Delalande, *Le condotte musicali*, Clueb, Bologna, 1993; M. Piatti, *Pedagogia della musica: un panorama*, Clueb, Bologna, 1994; G. Stefani, *Insegnare la musica*, Guaraldi, Firenze, 1977; Id., *Perché la musica*, La scuola, Brescia, 1979; G. Stefani, J. Tafuri, M. Spaccazocchi, *Educazione musicale di base*, La scuola, Brescia, 1979.

(...) *un insieme organico e coerente di elaborazioni teoriche che descrivono, interpretano, sviluppano, analizzano, valutano principi, metodi, procedure, materiali attinenti al campo di una intenzionale educazione/ formazione/ istruzione musicale.*²³

Educazione qui intesa come relazione e scambio di esperienze in grado di valorizzare il quotidiano, capace di offrire spazio a creatività, fantasia e alla ricerca.

Si fonde ad essa il sapere musicale, ambito complesso, interdisciplinare e “democratico”, ma anche codice comunicativo alla portata di tutti.

Educazione e istruzione musicale lavorano con un fine comune: formare l'individuo, parte della società e quindi detentore di una cultura comune che, in quanto tale, deve poter essere utilizzata e compresa per partecipare attivamente al suo sviluppo.

La musica non è solo un elemento comunitario, è anche parte intima di dialogo con se stessi e in quanto tale necessita sempre di un punto di vista.

Per questo motivo un'educazione che si affianchi a essa sarà ancor più in grado di privilegiare le persone e ogni loro potenzialità, deficit, bisogno o desiderio.

L'inserimento di questa prospettiva in ambiente scolastico libera la musica dallo status di materia curricolare, limitata alle nozioni base di teoria e storia della musica.

Tale approccio, più dinamico e creativo, trasformerebbe la scuola in un vero e proprio centro di formazione socio-culturale, vicino ai problemi della quotidianità e finalizzato a portare benefici non solo sul piano lavorativo, ma globale, comprendente ogni aspetto della vita della persona.

Tale metodo educativo viene definito col nome di *metodologia progettuale*²⁴, la quale si allontana dalla forma di insegnamento che propone la musica come “disciplina”.

²³ M. Piatti, *Pedagogia della musica: un panorama*, Clueb, Bologna, 1994.

²⁴ Autori Vari, Mazzoli F. (a cura di), *Musica per gioco*, EDT/SIEM, Torino, 2008.

Questo metodo di apprendimento aiuta a sviluppare una propria identità musicale, risulta più coinvolgente e finalizzato a rafforzare le individuali capacità cognitive.

Imparando a muoversi tra le varie interconnessioni interne alla realtà musicale, si svilupperà negli alunni la capacità di articolarsi fra conoscenze legate in una struttura reticolare.

Il confronto con la realtà sonora, complessa tanto quanto la realtà quotidiana, insegnerà a individuare e accettare un maggior numero di punti di vista.

Si partirà dai concetti di bisogno e motivazione per un percorso che affermerà l'importanza della valorizzazione di individuali processi cognitivi, punto centrale brillantemente delineato negli studi e nei testi di Howard Gardner sulla pluralità delle intelligenze.²⁵

Il bisogno e la motivazione sono elementi chiave nell'intreccio fra uomo e musica, i quali permettono all'essere umano di relazionarsi col suono non come semplici fruitori, ma utilizzando la musica in chiave creativa.

Essa fa parte di noi in quanto esseri musicali, come parte della nostra cultura e del nostro sapere condiviso, con la quale siamo in grado di raccontarci.

Non è soltanto espressione culturale di un determinato gruppo sociale, ma anche un'importante forma di espressione individuale.

La musica è elemento con cui sviluppare una personalità creativa, diretta a definirsi all'interno di uso, comprensione e analisi dell'espressione musicale; essa diviene traccia capace di portare l'uomo a ritrovarsi nell'espressione consapevole e nel pensiero, qualità essenziale che lo definisce.

Il direttore d'orchestra Daniel Barenboim²⁶ mostra come la musica possa essere

²⁵ Data la complessità dell'argomento che necessiterebbe di un approfondimento apposito, rimando a H. Gardner, *Formae mentis - saggio sulla pluralità dell'intelligenza*, Feltrinelli, Milano, 2006.

²⁶ D. Barenboim, *La musica sveglia il tempo*, Feltrinelli, Milano, 2007.

specchio della realtà, quanto possa insegnare saper suonare all'interno di un'orchestra e poter constatare che ogni strumento partecipa, in eguale maniera, alla creazione dell'armonia finale.

Attraverso un singolare parallelo con Spinoza²⁷, la musica e la vita sembrano sovrapporsi, sostenendosi a vicenda per portarci a una maggiore comprensione e al raggiungimento della libertà autentica.

Libertà non solo intellettuale, ma per alcuni anche libertà reale, intesa come libertà di poter scegliere un proprio percorso di vita e il proprio futuro, come dimostrano alcune importanti esperienze di orchestre create in situazioni di disagio sociale o di guerra.

Come esempio si possono citare la West-Eastern Divan Orchestra e l'orchestra venezuelana Simón Bolívar.

La West- Eastern Divan Orchestra nasce da un'idea di Barenboim insieme all'amico e collega Edward Said, il cui fine è riunire in un workshop, dal quale sarà generata l'orchestra stessa, giovani musicisti provenienti da Israele, Palestina e altre nazioni arabe.

Il progetto mirava non tanto a raccontare il conflitto, ma a insegnare ai ragazzi a discuterne in maniera critica, ponendo l'orchestra come modello di una società ideale all'interno della quale ragazzi nati in paesi considerati nemici collaborano a un unico fine²⁸.

José Antonio Abreu è invece padre e ideatore di un innovativo sistema orchestrale volto a dare un'alternativa di vita e futuro ai giovani cresciuti nelle barrios, da cui è

²⁷ Ibidem, pp.47-59; B. Spinoza 1677, *Ehtica ordine geometrico demonstrata*, trad. it. *Etica*, Bompiani, Milano, 2007.

²⁸ D. Barenboim- E. W. Said, *Paralleli e paradossi*, Il saggiatore, Milano, 2008; E. Cheah, *Insieme*, Feltrinelli, Milano, 2009.

nata l'Orchestra Simòn Bolívar.

La musica in Venezuela è divenuta sinonimo di riscatto e soprattutto non esclude nessuno: sono state abilitate diverse tipologie di scuole per permettere a tutti (da giovani a carcerati, a ragazzi diversamente abili o con problemi di integrazione) di ricevere un'istruzione e un'opportunità lavorativa.²⁹

La società occidentale forse non necessita della musica come mezzo per il riscatto personale, ma forse può utilizzarla per un riscatto collettivo.

La musica è di tutti e riappropriarsene significa voler rivalutare le capacità creative, fondamentali per la crescita e l'educazione non solo dell'uomo, ma anche del cittadino.

Gino Stefani, altro importante nome nel panorama della pedagogia della musica, vede la nascita di soggetti critici, democratici e liberi passando attraverso un'educazione alla e con la musica per formare quello che viene definito *soggetto culturale*.

Educare in chiave musicale facilita l'incontro con esperienze centrali nella formazione, rendendo esplicita la complessità del reale e facendoci giocare con essa.

Permette il confronto, l'espressione, la comprensione e il gioco creativo, l'assimilazione del modello relazionale, più complesso ma liberante e aiuta la capacità di ascolto.

La musica è armonia e proprio questo deve essere il grande insegnamento che con essa possiamo comprendere: armonia del singolo per garantire l'armonia del tutto.

²⁹ H. Failoni – F. Merini, *L'altra voce della musica - in viaggio con Claudio Abbado tra Caracas e L'Avana*, Il saggiatore, Milano, 2010.

2.2§ Il corpo del teatro

Una delle peculiarità della pratica teatrale è l'improvvisa presa di coscienza della presenza e delle potenzialità del proprio corpo.

Se nella pratica sportiva il corpo viene inteso come *fisicità*, in senso anatomico del termine e come elemento chiave per portare al raggiungimento dell'obiettivo, nel teatro viene utilizzato come mezzo che permette di andare oltre.

Il corpo sulla scena rappresenta sempre un profondo paradosso.

L'io porta fuori di sé ciò che non è: un personaggio di genere o età diverso da quello dell'attore, una specie animale, addirittura può personificare un'idea o una storia, come accade nella danza.

Per diventare tutto ciò è necessario che l'attore abbia piena consapevolezza di ogni singola parte del proprio corpo, come dimostrano molti esercizi preparatori alla pratica attoriale.

Si inizia imparando a *sentire* il terreno con la pianta del piede, scoprendo così la possibilità di percepire, assaggiare il mondo che ci circonda in modi fino ad allora ignorati; questa nuova consapevolezza porta a sperimentare e giocare con tutto il corpo.

Dai piedi si passa alle gambe, alle mani, al bacino, al torace, alla testa fino a che il linguaggio del corpo si sostituisce a quello verbale, attraverso l'assunzione di pose che vanno ben oltre il semplice stare in piedi.

Il corpo può parlare e imparando a capire in che modo possa fare ciò, l'attore può diventare un vecchio e schivo Shylock, una giovane e bella Giulietta o trasformarsi in un elettrodomestico che si muove a ritmo del suo lavoro, indipendentemente dal

genere o dall'età.

A differenza dell'immaginazione che può portare solo a fantasticare, quando si gioca col corpo tutto diventa reale.

Vsevolod Ėmil'evič Mejerchol'd, regista e attore russo vissuto a cavallo fra XIX° e XX° secolo, fu l'ideatore di una “scienza del corpo” poi denominata Biomeccanica³⁰.

Tale pratica era definita dal regista *allenamento* poiché praticata precedentemente al momento della recitazione, quindi non intesa come vero e proprio metodo recitativo. Tale allenamento prevede esercizi definiti *ginnastica scenica* e comprendenti salti, colpi, tiro con l'arco che l'attore deve padroneggiare pienamente per arrivare a dotare di senso quelle stesse azioni.

Per Mejerchol'd la biomeccanica viene intesa come disciplina quando finisce l'esercizio, ovvero nel collegamento fra movimento e l'intenzione dell'attore da cui nasce la reazione.

Questi esercizi sono lontani dall'assetto schematico dato dall'apprendimento di un metodo, motivo per cui il regista non si decise mai a elaborarne uno scritto.

Il lavoro è incentrato su movimento ed emozionalità e finalizzato a sviluppare le potenzialità dell'attore portandolo al pieno controllo dei propri mezzi espressivi, partendo dal movimento a cui partecipa ogni parte del corpo.

Il corpo è elemento centrale, complice nel ricercare l'armonia del movimento stesso e mezzo essenziale per l'elaborazione e la comunicazione emotiva.

Mejerchol'd partì da una critica al contemporaneo metodo Stanislavskij³¹: per il regista tale metodo limitava i mezzi concessi all'attore per comunicare sentimenti ed

³⁰ D. Gavrilovich (a cura di) - V. E. Mejerchol'd, *La rivoluzione teatrale*, Editori Internazionali Riuniti, Roma, 2001; F. Malcovati (a cura di), *V. E. Mejerchol'd. L'attore biomeccanico. Testi raccolti e presentati da Nicolaj Pesocinskij*, Ubulibri, Milano, 1999.

³¹ F. Malcovati, *Stanislavskij. Vita, opere e metodo*, Laterza, Roma, 1994; K. S. Stanislavskij (1938), *Il lavoro dell'attore su se stesso*, Laterza, Roma, 1997; Id. (1957), *Il lavoro dell'attore sul personaggio*, Laterza, Roma, 1993.

emozioni.

Stanislavskij incentrò il suo metodo sulle motivazioni psicologiche, privando l'attore dell'adeguata attenzione verso un giusto uso e controllo dei mezzi corporei.

Gli esercizi di Mejerchol'd contrappongono a quest'ultimo un pieno controllo delle azioni fisiche e psichiche per una corretta recitazione, studiata nei minimi dettagli a partire dall'elemento corporeo.

L'inizio del processo creativo ha come punto di partenza il pensiero, ma la sua effettiva realizzazione è plastica e inizia attraverso un'analisi del movimento per poi arrivare a migliorare anche sotto il profilo intellettuale; proprio da un movimento preciso può nascere un'emozione precisa e una parola motivata.

Movimento e parole, coordinate e coinvolte in una reazione reciproca, danno vita al coinvolgimento emotivo, anch'esso materiale a disposizione dell'attore, legato all'espressione formale: la recitazione esteriore è sempre accompagnata da una sua giustificazione interiore.

La gestualità che Mejerchol'd mira a ottenere è definita *extraquotidiana*, ottenuta attraverso lo studio dei metodi recitativi delle varie epoche storiche e lo sviluppo del senso ritmico dell'attore.

Egli prese come esplicito riferimento il teatro orientale: gli attori-danzatori si muovono su ritmi costanti con cui elaborano movimenti ripetitivi, quasi interiorizzando e traducendo il suono con la danza stessa³².

A differenza di quella utilizzata per le danze orientali, la musica di Mejerchol'd è quella di Chopin, Bach o Rachmaninov: per essere accettati come allievi dal regista era fondamentale avere un'adeguata preparazione musicale.

Il movimento nato dallo stimolo musicale deriva dal ritmo interiore, la musica è solo

³² Due esempi sono il teatro Nō giapponese o la danza Kathakali indiana.

un mezzo per trovare in sé quel ritmo e farlo uscire consciamente sotto forma di gesto.

La musica non è un sottofondo per creare la giusta atmosfera, ma piuttosto un metronomo per calcolare i movimenti in scena con massima precisione.

La condizione dell'attore in scena è strettamente legata a un'altra figura, ovvero quella dell'*altro*: che quest'ultimo si identifichi con lo spettatore, col partner o con un oggetto, il rapporto nato dall'incontro dei due è centrale.

Essi non condividono soltanto la scena e il luogo, ma anche la condizione psicologica: nell'improvvisazione viene riflesso nell'attore lo stato d'animo dello spettatore, grazie alla libertà lasciata all'attore stesso che può creare in scena reagendo alle sole esigenze del pubblico in sala.

Dato che la linea emotiva della recitazione è legata alle emozioni dell'attore, non del personaggio, diviene necessaria una “distanza” fra l'attore e il personaggio che gli permetta di evidenziare la sua posizione nei confronti del testo.

Viene così a crearsi una sorta di “contro-paradosso dell'attore” in ottica diderotiana³³, derivante dal teatro popolare dove la rottura della *quarta parete* è un vero e proprio espediente scenico.

Anche per questo motivo l'uso della maschera è costante e usata per sottolineare il principio di anti-immedesimazione: la maschera è il ruolo interpretato dall'attore che con essa nasconde il suo viso.

È necessario che sia l'individualità dell'artista ad andare in scena: l'attore è il vero protagonista, non il personaggio ed è proprio attraverso il lavoro sul corpo che si crea il tratto saliente che caratterizza il personaggio stesso.

Questo è comunque differente dal voler portare in scena l'uomo e la sua quotidianità,

³³ D. Diderot, *Paradosso sull'attore*, Abscondita, Milano, 2011.

proprio perché in scena non bisogna riprodurre il comportamento della vita e identificarsi con l'uomo vero; come già sottolineato Mejerchol'd ricerca l'extraquotidiano.

Il materiale umano è trasformato e l'attore ne trasmette solo il senso, attraverso associazioni di immagini e la metafora che egli stesso incarna.

Il compito dell'attore è quello di utilizzare i mezzi espressivi del proprio corpo nella miglior maniera possibile, organizzandolo e subendo egli stesso l'organizzazione (è artista e materiale).

Mejerchol'd esprime questo concetto nella formula $N = A1 + A2$ dove N è l'attore, A1 è l'attore che organizza e A2 è il corpo, ovvero ciò che viene organizzato secondo le volontà di A1.

Con Mejerchol'd il corpo diviene *corpo parlante* ed è esso stesso a fare la scena laddove il testo rimane invece culturale, chiuso nella sola possibilità di dare spettacolo, il quale si concretizza solo laddove vi siano corpi che si incontrano, distanziano o respingono, mostrandosi.

La centralità del corpo nella necessità (e soddisfazione) dell'esistente di mettersi in scena³⁴ è espressa con chiarezza da Jean Luc Nancy³⁵.

Per Nancy il teatro è ciò che dà luogo all'avvicinarsi di un corpo, il quale viene sulla scena in presenza e tocca lo spettatore con la propria la voce, bocca o sguardo.

Il corpo si apre e presenta all'altro attraverso i sensi, in una contemporanea ricezione, elaborazione e risposta: negli occhi dell'altro l'attore vede se stesso che guarda ed è guardato, ed è proprio in relazione a questa estroversione che ha la possibilità di vedersi ed esporsi.

³⁴ Desiderio proprio dell'esistere secondo Lacoue-Labarthe, citato da Nancy in J. L. Nancy, *Corpo teatro*, Cronopio, Napoli, 2010, p.7.

³⁵ J. L. Nancy, *Corpo teatro*, Cronopio, Napoli, 2010.

Ogni parte del corpo permette di esporsi e dichiararsi, comprendendo anche ciò che sta sulla pelle e tutto ciò di cui potrebbe essere ricoperta.

Quella dei corpi è drammatizzazione singolare: il corpo intraprende un dramma ogni volta che si distingue in mezzo agli altri corpi utilizzando le sue infinite possibilità di aprirsi, chiudersi, disporsi, imporsi, sottrarsi; in relazione ad esse gli affetti si pongono come modulazioni delle tensioni fra i corpi.

Sulla scena i corpi si presentano e scompaiono nell'azione drammatica che ha un inizio e una fine, esplicitati dalla scena stessa che fisicamente si apre e chiude.

La scena è il luogo in cui si genera e si svolge il tempo della presentazione dei corpi, alternata fra la loro assenza, presenza o incontro in cui la casualità non sussiste e il vuoto acquisisce un senso.

In teatro accade davvero qualcosa e questo avviene attraverso i corpi.

Mentre il corpo è sulla scena l'Io rimane nell'anteriorità, nel fondo del teatro, in un luogo intimo da cui si apre quello spazio scenico in cui il corpo esce ponendosi davanti o, ancor meglio, *fuori di sé*.

Il soggetto nel mondo non è ancora presenza, ma punto immateriale come un punto di vista che, come tale, non ha dimensione e non è più teatrale di un soggetto inteso come idea o immagine.

Pensare al soggetto significa pensare a una sostanza incorporea: per entrare in rapporto con l'altro deve esistere il corpo in quanto la presenza presuppone la spazialità del *presso*, una spazialità temporale, quindi una venuta.

Per Antonin Artaud³⁶ è dalla Creazione che si deduce il teatro, non come doppio della realtà quotidiana, ma di una realtà inumana, proprio quella della Creazione che si fa

³⁶ A. Artaud, *Le Théâtre et son double*, Paris, Gallimard, 1938; trad. it. G. R. Morteo (a cura di), *Il teatro e il suo doppio*, Einaudi, Torino, 1968 e 2000; F. Ruffini, *I teatri di Artaud. Crudeltà, corporemente*, Il Mulino, Bologna, 1996.

opera in due tempi, più logici che cronologici.

Il primo è l'atto di una Volontà unitaria come momento di unità senza conflitto, il principio dell'esistenza del mondo; il secondo è dato dalla difficoltà del doppio, cioè della materia che condensa l'idea in un reale aprirsi al mondo.

L'esposizione dei corpi è data per essenza come exteriorità: tale è la condizione della compresenza dei corpi e della loro presenza.

In quanto reale il Cosmo è di per sé conflittuale ed esige presentazione drammatica risolto nella materia stessa: corpo non solo come accumulazione, ma come condensazione che implica la distinzione nella molteplicità; l'idea può apparire una, ma la sua condensazione non può che essere molteplice.

Il dramma inizia con un'azione rispondente a un'attesa del senso della comparizione delle cose, ovvero del Cosmo stesso: il corpo parlante viene tra i corpi come manifestazione di quest'attesa.

Anche in Nancy c'è un rapporto di sdoppiamento evidente nella presentazione del soggetto, per il quale il teatro è duplicazione della presenza in quanto *messa in presenza dei presenti*.

Il corpo è di per se stesso teatro poiché la sua stessa presenza è duplice: lui fuori o davanti e io dentro o dietro; è di per sé presentazione *nell'articolare l'essere in un apparire* e portandolo a un *essere-là* che implica la compresenza di altri corpi.

Il teatro si presenta come mondo in quanto verità poiché il corpo si rivela come verità dell'anima portandola in scena, fuori dall'intimità del suo essere in sé.

Come scrive Nancy

La teatralità procede nella dichiarazione di esistenza e l'esistenza stessa è l'essere che è dichiarato, presentato, non trattenuto in sé, è l'essere che dà segno di se stesso,

*che si dà a sentire non in una semplice percezione ma come densità e come tensione.*³⁷

2.3§ Scrittura e narrazione

Dall'analisi di Winnicott³⁸ sulla centralità del gioco e dell'area transizionale, sia per il bambino che per il futuro adulto, possiamo trarre che la nascita del pensiero e della creatività è direttamente connessa all'esperienza di frustrazione.

Il desiderio inappagato deve essere creato e gestito dalla madre *sufficientemente buona* in relazione alla capacità di tolleranza del figlio.

Il gioco nasce proprio come modalità consolatoria per superare la frustrazione, quindi sopravvivere psichicamente a quest'ultima e superare l'ansia che ne deriva.

Tale sentimento è nuovo per il bambino, per il quale la condizione di oggettività della realtà esterna è ancora un traguardo da raggiungere e ottenibile soltanto dall'esperire il venir meno dell'altro, esperienza che permette di vedersi come soggetto indipendente.

La lotta fra l'io interiore e quello esteriore accompagna l'uomo nel corso della sua vita, generando intrecci con le altre soggettività incontrate attraverso l'instaurarsi di relazioni: con esse agli altri divengono parte integrante della nostra vita e viceversa.

Il continuo scambio di introiezioni e proiezioni genera un mondo psichico in cui le persone che incontriamo divengono oggetti interni, per cui gli altri sono dentro di noi, come noi all'interno del mondo di coloro con cui siamo stati a contatto.

³⁷ J. L. Nancy, *Corpo teatro*, Cronopio, Napoli, 2010, p.33.

³⁸ D. Winnicott (1971), *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma, 2006.

Dal rapporto con gli altri si palesa un altro conflitto proprio dell'uomo, ovvero la difficoltà di conciliare il nostro tempo, inteso come Tempo Interiore comprendente tutti gli Io passati, e il Tempo Reale, cioè la dimensione in cui l'Io si palesa all'altro col corpo.

Entrambi i miei Io si intrecciano e si manifestano nel rapporto con gli altri, innescando un processo inconsapevole che rompe i confini fra le persone attraverso un gioco di proiezioni e interiorizzazioni.³⁹

L'Io Interiore è creato dalla somma e dall'accostarsi di tutti i miei Io passati, messi in comunicazione dialettica con l'Io presente e futuro, grazie alla capacità di *abitare il tempo*.

Tale capacità, propriamente umana, viene acquisita progressivamente con tempo ed esperienza.

Come scrive Maria Antonella Galanti

*(...) l'arte (si pone) come motore e mezzo della formazione stessa perché capace di resuscitare a nuova vita il passato, recuperare ciò che sembra perduto per sempre e generare così un solido sentimento di esistenza.*⁴⁰

Una forma d'arte che permette una chiara affermazione del nostro esistere è la scrittura, in particolare la scrittura autobiografica.

Essa non è solo un mezzo per lasciare una traccia, ma è anche attività terapeutica che permette al soggetto di leggere i propri pensieri, rielaborarli e passare attraverso le emozioni, portando consolazione per le perdite e lasciando scorrere sentimenti

³⁹ M. A. Galanti, *Smarrimenti del Sé. Educazione e perdita tra normalità e patologia*, ETS, Pisa, 2012, pp.61-62.

⁴⁰ Ibidem, p.76.

difficili da affrontare come dolore, nostalgia, malinconia.

La scrittura e le sue regole impongono la presenza di un soggetto.

L'Io narrante è protagonista delle pagine come soggetto agente, in particolare nella scrittura autobiografica dove l'Io diviene protagonista di una trama che altro non è che la propria vita.

Maria Antonella Galanti sottolinea come la scrittura sia un appiglio per affrontare sentimenti di smarrimento o perdita; il legame della scrittura col mondo onirico e dell'illusione è alla base della trasformazione dell'esperienza in racconto.

La narrazione è espressione della volontà di riprodurre cose o persone della nostra realtà, attuale o passata, con la tendenza a renderle immutabili e fissarle come punti nella nostra memoria.

Questo avviene forse nella speranza di poter rivivere (o far rivivere) momenti o emozioni che temiamo di perdere.

La scrittura aiuta a superare lo smarrimento, sentimento ambivalente generato da sofferenza psichica o dalla spinta verso il nuovo.

Capita di smarrirsi di fronte a se stessi in virtù delle proprie trasformazioni psicofisiche; ma anche rispetto alle esperienze e alle persone perdute, agli incontri mancati, al rarefarsi dei ricordi e della memoria autobiografica.

(...) La diversità dell'altro, infatti, rende vive e palpitanti le nostre parti più interne e segrete e per questo motivo il rapporto con lui può riaprire antiche ferite e lasciar emergere desideri non ancora sopiti e parti di noi più fragili e delicate.

(...) Soltanto se siamo disposti a smarrirci possiamo far rivivere quella parte del passato della quale non serbiamo ricordi consapevoli; (...).⁴¹

⁴¹ M. A. Galanti, *Smarrimenti del Sé. Educazione e perdita tra normalità e patologia*, cit., pp.55-56.

Lo smarrimento incute paura perché si teme l'esperienza del non ritorno, come avviene nell'esperienza della regressione, legata alle fasi più arcaiche della nostra esistenza dove la trasformazione genera paura.

Con la scrittura e la narrazione è possibile segnare un punto fermo nella nostra costante trasformazione: esse accompagnano all'indietro nel percorso della propria vita, aiutando ad accettare i cambiamenti e le trasformazioni come eventi portatori di nuove possibilità.

Divengono fattori di protezione, cura e recupero, una finestra che ci propone una visione esterna e ci lega alla dialettica dentro- fuori.

Per Freud⁴² la lettura svolge una funzione analoga alla drammatizzazione immaginifica e figurativa del reale propria della psiche.

Il linguaggio, come strumento di narrazione verbale, è esso stesso una rappresentazione di sé e del mondo.

Il registro utilizzato nella narrazione è quello dell'immaginazione, unico capace di andare oltre al limite corporeo e visivo, con cui è possibile aprirsi all'Io interiore.

Questo porta a compiere un viaggio introspettivo, spaventoso proprio perché mette a confronto tutti gli Io che ci hanno preceduto, riportando così in vita un passato che sembra lontano.

Scrivere presuppone un interlocutore, nell'autobiografia o nel diario la figura di scrittore coincide con quella del lettore, senza che ciò tolga l'effetto estraniante che permette di dare senso, prendersi cura di sé, ma anche tradirsi rimanendo fedeli a se stessi.

Nella letteratura un esempio a questo proposito è incarnato in Virginia Woolf⁴³ nei

⁴² S. Freud (1899), *L'interpretazione dei sogni*, in *Opere*, Boringhieri, Torino, 1976-1980, vol.III.

⁴³ V. Woolf (1925), *La Signora Dalloway*, Feltrinelli, Milano, 2013; Id. (1922), *La stanza di Jacob*, Marsilio, Venezia, 1999; Id., *Voltando pagina. Saggi 1904 – 1941*, Il Saggiatore, Milano, 2001; Id.,

cui libri narratore e lettore ricercano una verità sfuggente, costruita passo dopo passo dalla compresenza di plurimi punti di vista che nel corso del testo si palesano, armonizzano o contrastano.

L'autrice porta alla luce l'intreccio fra la pratica della scrittura e la dimensione della malattia, nello specifico depressione e squilibrio psichico, realtà quotidiana che segnerà tutta la sua vita fino alla scelta del suicidio.

La scrittura è unico *luogo di pace*, citando Winnicott, portatrice di benessere tanto da diventare pratica di vita: la scrittrice parla di sé utilizzando ogni forma narrativa, prendendosi implicitamente e costantemente cura di se stessa.

Lo stato della Woolf si riflette nel suo particolare metodo di scrittura dove il protagonista non è fisso, ma esistente nella molteplicità e nell'impossibilità di un unico punto di vista: un coro di emozioni, sensazioni e ricordi eleggono la psiche e il suo corso a voce principale.

La descrizione è soggettiva, come anche la cornice temporale: il tempo non è unitario e lineare, ma frammentato e lontano dall'ordine cronologico.

In questa espressione narrativa vicina alla *stream of consciousness* di James Joyce⁴⁴, a sua volta influenzato da Freud, la scrittrice trova un appiglio contro l'incessante scorrere del tempo, divenendo certezza contro il senso di frammentazione.

Anche Marcel Proust⁴⁵ combatte l'inafferrabilità temporale degli istanti con una narrazione influenzata da diversi punti di vista: il tempo non è e non può essere unitario in quanto risulterebbe inadatto a costituire il contesto della narrazione.

Come per Virginia Woolf il contesto della narrazione di Proust è dato dal dissolversi

Momenti di essere. Scritti autobiografici, La tartariga, Milano, 2013.

⁴⁴ J. Joyce (1914), *Gente di Dublino*, Feltrinelli, Milano, 2013; Id (1922), *Ulisse*, Mondadori, Milano, 2000; Id (1939), *Finnegans wake*, Mondadori, Milano, 2004.

⁴⁵ M. Proust, *Alla ricerca del tempo perduto*, Mondadori, Milano, 1993.

stesso della successione cronologica del tempo, in un susseguirsi di istanti diversi che irrompono nel presente e sottolineano l'inafferrabilità del tempo stesso.

L'autore sperimentata la possibilità di fermare uno di questi attimi dilatandolo all'infinito, altre volte invece si affida al *flusso di coscienza*, in termini joyceani, lasciando scorrere gli istanti senza tentare di fermarli.

Proust sfida il Tempo oggettivo, minaccia per l'Io superficiale, a cui contrappone la molteplicità dei Tempi soggettivi, degli Io profondi capaci di resuscitare il passato attraverso l'analogia delle sensazioni.

Le loro voci riportano vari punti di vista che, intrecciandosi, compongono una verità fatta di tensioni e in base a cui il processo di vita del singolo si incontra con quello altrui.

In questa particolare tipologia di ricerca narrativa, la scrittura e la narrazione lottano contro il tempo, salvano dalla morte stessa e donano all'uomo la capacità di reinterpretazione, capacità di cui siamo privati dal tempo.

Per Proust la vita psichica è al centro: l'animo umano è l'oggetto da analizzare in ogni sua parte, portando alla luce l'inconscio che si cerca di comprendere anziché esserne semplicemente agiti; una ricerca che vuole svelare la realtà sottesa a quella evidente.

L'autore pone il processo creativo in contrapposizione alla paura di chi si rifugia nella ripetizione di una realtà pietrificata escludendo il cambiamento, quindi le possibilità stesse, portatrici di autodistruzione.

Nella convinzione proustiana secondo cui l'arte è l'elemento che rende *vittoriosi nel tempo*, vi è un'inconsapevole vicinanza con Winnicott secondo cui l'area creativa è l'unica capace di liberare l'uomo dal senso di oppressione dato dalla realtà.

Capitolo 2

L'alterità del soggetto con la sindrome di Alzheimer

*«Cinque son le foglioline
della pansè,
cinque son le paroline
non ti scordar di me.»
Nonna Emilia*

1§ Terra di nessuno o terra di confine

La paura generata dal sentimento di smarrimento, a cui si è accennato nel precedente capitolo, si palesa quando si è portati a compiere un viaggio regressivo, quindi interiore, attingendo ai ricordi⁴⁶.

Per quanto ricordare sia un'attività a volte dolorosa, è grazie a essa che percepiamo il senso del nostro essere attuale, continuità di esistenza fra i nostri Io passati e il nostro Io presente: ciò che siamo ne è la somma e ricordarlo, anche attraverso la memoria corporea ed emozionale, attesta la nostra presenza.

La rappresentazione mentale, capacità propria della nostra vita psichica, riporta alla luce ciò che possedevamo ed è andato perduto.

Essa può consolare grazie alla sua azione simbolica, cioè tentando di ricreare psichicamente quanto è stato sperimentato e manca, generando angoscia.

⁴⁶ M. A. Brandimonte, *Memoria, immagini, rappresentazione*, Carocci, Roma, 1997.

Vi sono però casi in cui questa capacità viene a mancare ad esempio in soggetti affetti dalla malattia di Alzheimer, processo degenerativo che distrugge progressivamente le cellule cerebrali, colpendo in primis la memoria e le funzioni mentali.

È la più comune causa di demenza i cui sintomi più significativi sono la perdita di memoria, la confusione o disorientamento.

A questi si accompagnano sintomi comportamentali come aggressività, insonnia e rifiuto ad alimentarsi, fino a sintomi più estremi come allucinazioni, deliri o disinibizione sessuale.

In Italia si stimano 500.000 malati, negli Stati Uniti la sindrome di Alzheimer è considerata la quarta causa di morte, anche se tale dato va messo in relazione con l'allungarsi dell'età di vita.

La malattia colpisce maggiormente persone sopra i 65 anni, circa una persona su venti, ma può svilupparsi anche in soggetti di età inferiore (a esordio precoce). Anche se generalmente le probabilità di contrarre la malattia crescono con gli anni, non è di per sé la vecchiaia a causarla.

Non vi è una causa precisa, tutti sono potenzialmente a rischio di ammalarsi a un certo punto della vita⁴⁷ e non esistono esami o sintomi che possano prevedere la comparsa della patologia⁴⁸.

Oltre all'ambiente e a malattie organiche, molti dei sintomi possono essere

⁴⁷ Tuttavia, è nota ora l'esistenza di un gene che può influenzare questo rischio. Il gene si trova nel cromosoma 19, ed è responsabile della produzione di una proteina chiamata apolipoproteina E (ApoE). Esistono tre tipi principali di tale proteina, uno dei quali (l'ApoE4), sebbene sia poco comune, rende più probabile il verificarsi della malattia (...). Per esempio, una persona di cinquant'anni portatrice di questo gene avrebbe 2 probabilità su 1000 di ammalarsi invece del consueto 1 per 1000, ma può nella realtà non ammalarsi mai. Soltanto nel 50 % dei malati di Alzheimer si trova la proteina ApoE4, e non tutti coloro che hanno tale proteina presentano la malattia.

Dati della Federazione Alzheimer Italia, scheda informativa in pdf *La Malattia di Alzheimer*, p.3.
⁴⁸ E' possibile sottoporsi a un test per determinare la presenza del gene ApoE4, ma questo test non ci dice se ci ammaleremo o meno; segnala semplicemente un rischio teorico maggiore. Ci sono

influenzati dal sentimento di frustrazione generato dall'incapacità di ricordare, compiere le semplici attività quotidiane, esprimersi e comunicare.

I sintomi del morbo di Alzheimer portano il malato a vivere in una condizione di prigionia: nella fase iniziale della malattia si alternano sintomi a momenti di lucidità che rendono il soggetto consapevole della propria condizione, su cui non ha possibilità di azione e che ancor meno può analizzare e rielaborare.

Consequente e necessario diviene l'affidarsi a una terza persona, solitamente un familiare, un operatore, nel caso in cui il malato sia in una struttura, o collaboratori domestici (badanti o colf).

L'affidarsi all'altro, in relazione all'avanzamento della malattia, può essere parziale o totale. In ogni caso il soggetto affetto dal morbo di Alzheimer deve arrivare ad accettare sia la propria incapacità di azione che quella decisionale.

Tale condizione porta inevitabilmente a vivere il proprio presente senza la prospettiva di un futuro, o quantomeno porta a uno stato di crisi che non coinvolge solo il soggetto interessato, ma anche la persona che agisce per o con lui, soprattutto se si tratta di un familiare coinvolto emotivamente.

Luciana Quaia porta l'esempio di una signora sessantaduenne affetta da demenza fronto-temporale assistita dalla figlia, respinta da strutture residenziali per aggressività e potenziale pericolosità.

Parlando col medico, la figlia definì la madre *terra di nessuno*.

Questa definizione riporta una fedele immagine dei sintomi della malattia che fanno percepire il malato come fosse una landa incolta e abbandonata, senza speranza di

infatti, persone dotate del gene ApoE4 che sono vissute fino a tarda età senza ammalarsi, proprio come ce ne sono altre che non avevano l'ApoE4 e hanno invece manifestato la malattia. Perciò, sottoporsi a questo test può comportare il rischio di un inutile allarme o di una falsa sicurezza ed è considerato clinicamente ed eticamente ingiustificato in soggetti asintomatici.

Dati della Federazione Alzheimer Italia, scheda informativa in pdf *La Malattia di Alzheimer*.

recupero⁴⁹.

Il vuoto creato intorno al malato palesa lo stato di solitudine e impotenza vissuto sia dal soggetto affetto dal morbo che dal familiare; quest'ultimo, caricato della responsabilità di dover decidere per qualcun altro, vive nella costante paura di sbagliare o andare contro le volontà della persona cara.

Si sviluppa un senso di colpa e tradimento a cui si aggiunge il difficile obbligo di superare lo spaesamento generato dallo scambio di ruoli: generalmente si tratta di figli che accudiscono genitori, ormai incapaci di badare a se stessi.

A tali difficoltà si sommano i problemi soggettivi e quotidiani come stress, stanchezza, problemi pratici ed economici.

Inoltre il familiare vive una sensazione di solitudine derivante dalla mancanza di sufficienti informazioni riguardanti la malattia ed il suo corso, comunicate solo parzialmente da istituzioni sanitarie o da medici.

La malattia di Alzheimer è presentata come una malattia terminale, destinata soltanto a peggiorare, per la quale non esistono cure farmacologiche.

Questa diagnosi genera un immediato il senso di crisi, paura e vertigine nel familiare, che spesso decide di affidare il malato a strutture, sentendosi inadeguato.

Se è certamente vero che non esistono cure per il morbo di Alzheimer, ciò non significa che la vita del malato possa essere vissuta soltanto nell'attesa della fine.

La malattia può protrarsi per molti anni e non sempre in gravi condizioni, vi sono molte terapie non farmacologiche che possono aiutare o supportare il malato e la famiglia ad affrontare il percorso con serenità⁵⁰.

⁴⁹ L. Quaia, *Alzheimer e riabilitazione cognitiva. Esercizi, attività e progetti per stimolare la memoria*, Carrocci Faber, Roma, 2014.

⁵⁰ A. Bianchetti – M. Trabucchi, *Alzheimer*, Il Mulino, Bologna, 2010.

Come scrive Luciana Quaia⁵¹, la prospettiva è quella di trasformare la *terra di nessuno* in *terra di frontiera*: si potrà così comprendere che attraverso un nuovo approccio, nuove modalità di comunicazione e di intervento si potranno ottenere dei risultati positivi.

La malattia di Alzheimer, come molte altre malattie, non danneggia solo il malato, ma coinvolge anche la famiglia, quasi in un contagio psichico.

È una malattia che ha ricadute collettive, difficile da affrontare perché incurabile e perché porta con sé un cambiamento che, a distanza di un tempo più o meno breve, sarà definitivo.

Si vive una perdita, un lutto in potenza che viene ricordato ogni volta che ci si rivolge al malato, una madre o un padre che nonostante siano ancora fisicamente con i propri cari, in realtà sono altrove. O sono altro.

1.1 La mia stanza vuota: malattia, depressione e senso di colpa

Quando la malattia è solo agli albori i sintomi sono pochi e saltuari, tanto che il soggetto può ancora gestirsi in parziale autonomia, ma è a questo punto che al malato può rendersi conto della propria condizione.

L'iniziale reazione è quella di sgomento, paura o rassegnazione: l'idea di non avere più il controllo su se stessi genera angoscia ed è inaccettabile.

Nell'avanzare la malattia rende i soggetti incapaci di svolgere corrette e normali attività come cucinare, mangiare, vestirsi, rispondere al telefono, usare mezzi di

⁵¹ L. Quaia, *Alzheimer e riabilitazione cognitiva. Esercizi, attività e progetti per stimolare la memoria*, Carrocci Faber, Roma, 2014.

trasporto o andare alla toilette⁵².

Queste incapacità generano demoralizzazione, spaesamento, vergogna e perdita di autostima, oltre a gradualità cambiamenti della personalità come apatia, irrequietezza o aggressività.

I disturbi del comportamento e dell'umore generano maggiore stress: non solo il soggetto viene privato della propria autonomia, ma vede modificarsi anche l'ambiente intorno a sé.

I sintomi della malattia sono evidenti sia per chi li subisce direttamente sia per chi li vive indirettamente: dalle iniziali amnesie, dimenticanze, che degradano poi in perdita della memoria.

Questi sintomi, insieme all'afasia, causano problemi di comunicazione, sicurezza e comportamento.

Il malato è colpito da aprassia e agnosia con conseguenti difficoltà a compiere atti volontari e utilizzare oggetti in modo appropriato, cambi del tono umorale a volte improvvisi e incontrollabili, seguiti da disturbi del comportamento che portano, ad esempio, a girovagare senza meta o motivo apparente.

I molteplici e difficili sintomi portano le persone vicine ai malati ad intervenire sostituendosi a loro come parlare per loro o anticipare azioni che il malato potrebbe compiere da solo, in un tempo più dilatato.

Il malato diviene pian piano spettatore passivo della propria vita: sente parlare di sé in terza persona quando cerca di partecipare a conversazioni e legge sul viso altrui segni di perplessità o preoccupazione; nasce da qui il sentimento di solitudine e incomprensione di fronte ad atteggiamenti di condiscendenza e paternalismo.

⁵² J. A. Konrath, *Alzheimer. La vita di un medico, la carriera di una malattia*, Manifestolibri, Roma, 2012.

Al malato viene negata la credibilità su questioni o aspetti che egli vive come importanti, conseguenti al modo diverso che ha di leggere la realtà⁵³.

Inoltre vive spesso sentimenti di insicurezza soprattutto quando viene messo a confronto con situazioni nuove o in relazione a cose che hanno valore per lui, ma non per gli altri.

Per questi motivi i malati di Alzheimer manifestano un bisogno sempre crescente di restare vicini alla persona cara, nei riguardi della quale provano un profondo senso di colpa derivante dal proprio stato.

Per ricevere rassicurazione tendono a ripetere le stesse domande, raccontando singoli ricordi o episodi personali che danno loro un senso di sicurezza poiché le cose iniziano ad apparire strane, anormali, imprevedibili e minacciose.

Ciò accade perché gli organi di senso e la memoria inviano informazioni incomplete o erronee, negando la possibilità di accedere al ricordo di esperienze passate che possono aiutare a dare senso a ciò che accade nel presente.

Chi vive la malattia di Alzheimer percepisce di non avere più un presente, tanto meno un futuro, l'unica condizione temporale parzialmente percepibile è quella del passato; non è soltanto il tempo soggettivo ad alterarsi, ma anche il tempo dell'orologio.

Tale falsata percezione è influenzata anche da pregiudizi legati all'anzianità e a questa malattia, per cui si tende ad associare la condizione anziana col destino biologico, quindi all'idea che la vita nella sua ultima età non è più degna d'essere vissuta.

Come ricorda Eugenio Borgna⁵⁴

⁵³ O. Sacks, *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, Adelphi, Milano, 2001.

⁵⁴ E. Borgna, *Che cos'è la follia*, Luca Sossella Editore, Bologna, 2007; Id., *L'attesa e la speranza*, Feltrinelli, Milano, 2011; Id., *La fragilità che è in noi*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 2014; Id.,

*Ma ogni età della vita, anche quella anziana, non è solo destino biologico, ma anche destino sociale; e noi non siamo monadi chiuse e pietrificate dalla biologia ma monadi aperte alle relazioni con altri; e le relazioni interpersonali o sociali condizionano il nostro modo di essere in ogni età.*⁵⁵

Purtroppo la capacità di comunicare facendosi capire è contrastata dall'incapacità di trovare il giusto termine o usare correttamente le parole, nonostante sia chiaro nella mente del malato ciò che vuole esprimere.

A questo si aggiunge la mancanza di attenzione e concentrazione che impedisce di seguire una normale conversazione: così il malato si trova improvvisamente nella condizione per cui ritiene di non essere più in grado di relazionarsi.

La difficoltà a capire e farsi capire lo porterà sempre più ad isolarsi dalla vita sociale, chiudendosi in sentimenti, indistintamente di tristezza o felicità, che vive ed esprime con un'intensa emotività, apparentemente esagerata.

Un esempio è quando, persa la padronanza su se stesso, è portato ad adottare strategie per giustificare errori, mascherarli o usare la malattia stessa per fingere di non capire anche se non è vero.

L'attenzione maggiore è posta al linguaggio del corpo e ai sentimenti che gli altri manifestano con segnali non verbali: tale attenzione rende il soggetto affetto dal morbo di Alzheimer molto sensibile al contatto fisico.

Questi sono i motivi su cui poter fondare un'assistenza che sia tanto un supporto fisico quanto morale.

Con essa è possibile mostrare, con mezzi che trascendono la canonica via verbale, la

Parlarsi, Giulio Einaudi Editore, Torino, 2015.

⁵⁵ E. Borgna, *Il tempo e la vita*, Feltrinelli, Milano, 2015, p.151.

possibilità di vivere, agire, progettare, sentirsi parte attiva di qualcosa, dimostrando a se stesso e agli altri che le capacità ci sono, anche se assopite e da riportare alla luce.

1.2 Ti guardo ma non ti vedo: quando si ammala un familiare

La reazione dei familiari alla diagnosi di Alzheimer è diversa e legata alla propria storia personale, alla relazione esistente con il malato, ai ruoli e alle funzioni dei componenti della famiglia.

Solitamente c'è una singola persona che più di altri componenti della famiglia o degli operatori sanitari, si occupa del malato facendosi carico di oneri materiali, affettivi e psicologici.

Quest'ultimo è denominato Caregiver⁵⁶ (o Carer): la sua figura svolge un forte ruolo terapeutico e copre la mancanza di terapie farmacologiche efficaci clinicamente.

Il supporto continuo dato al malato è fondamentale, ma è anche causa di stress e difficoltà pratiche ed emotive.

L'assistenza è continua e condiziona il quotidiano portando affaticamento, peggioramento delle condizioni generali di vita, depressione, ansia e aggressività, sentimenti di impotenza e inadeguatezza nello svolgimento del proprio ruolo, oltre a stanchezza fisica ed emotiva.

Il Caregiver è difficilmente supportato, aiutato e ascoltato dalle figure professionali che comunicano una diagnosi difficile da accettare, senza offrire un adeguato servizio di supporto e minimizzando il carico assistenziale che grava sui caregiver

⁵⁶ E. Borella – S. Faggian – S. Gardini - A. Lobbia - G. Michelini, *Promuovere il benessere nella persona con demenza. Una guida pratica per la stimolazione cognitiva ad uso del familiare e del caregiver*, Franco Angeli, Milano, 2016; M. Barnes, *Storie di caregiver*, Erickson, Trento, 2010.

anche dal punto di vista economico⁵⁷.

Una visione tragica della malattia non aiuta ad accettarne la presenza e le relative difficoltà, influenzando negativamente la qualità di aiuto e cure.

Il familiare dovrebbe invece essere aiutato a considerare la demenza come malattia, quindi come una condizione quantomeno trattabile.

Ciò potrebbe infondere speranza e stimolo a cercare mezzi per migliorare la qualità della vita del malato, aiutandolo a trovare un nuovo adattamento e traendo il massimo dalle abilità rimaste.

A complicare la comunicazione con un soggetto che sta lentamente perdendo le canoniche capacità comunicative è la relazione fra familiare e malato.

Solitamente i rapporti sono affettivi, di lunga data e portano con sé possibili conflitti e incomprensioni che avranno conseguenze sull'attuale livello di stress, già alto se consideriamo che il Caregiver sperimenta una vera e propria perdita nel relazionarsi con una persona che non è più quella di prima.

L'esperienza non è vissuta come un lutto, dato che in questo caso il familiare curante deve adattare il proprio modo di relazionarsi e comunicare con la persona così com'è all'oggi, apparentemente la stessa di sempre, ma diversa sotto molti aspetti.

A cambiare non è soltanto la persona, ma anche il rapporto e il mondo sociale che condivideva col malato; diventa sempre più un rapporto di necessaria dipendenza mano a mano che la malattia procede.

Nel familiare si sviluppano reazioni differenti: dal senso di protezione nei confronti del malato, alla rabbia nei confronti degli operatori, della vita stessa o contro la malattia⁵⁸.

⁵⁷ M. Graff – M. Thijssen – M. Van Melick – P. Verstraten – J. Zajec, *Curare la demenza a domicilio. Indicazioni di terapia occupazionale per anziani e caregivers*, Franco Angeli, Milano, 2016.

⁵⁸ E. Borgna, *La fragilità che è in noi*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 2014.

Ogni reazione affettiva è sintomo di uno sfondo familiare unico che deve essere capito, trattato e accettato nella sua unicità.

Per questi motivi è fondamentale vi sia una pari assistenza al malato e a chi lo assiste: per i curanti è importante rielaborare il nuovo vissuto, accettare le nuove condizioni e abbandonare le vecchie aspettative nei riguardi della persona malata, legate spesso al suo ruolo (solitamente genitoriale).

Ascolto, tempo e supporto sono elementi centrali per il caregiver, che esprime un sentito bisogno di sfogare ed elaborare questi sentimenti di perdita e frustrazione, di parlare delle proprie esperienze, del proprio vissuto oltre che dei problemi quotidiani legati alla cura⁵⁹.

La difficoltà maggiore è proprio l'accettazione dello stato del malato e il conseguente adattamento del familiare ai nuovi modi comunicativi.

Egli arriva perciò a tentare di correggere, aggiustare, fino al rimprovero, il comportamento del malato, nel tentativo estremo di mantenere una parvenza di normalità.

Il familiare arriva a provare senso di colpa nei riguardi dell'assistito, ai cui occhi si sente di dover giustificare stanchezza, smarrimento, tristezza o attacchi di rabbia, e nei riguardi del quale prova sentimenti contrastanti che non riesce a elaborare.

È a questo punto che egli diviene individuo resiliente: i presupposti per sviluppare questo processo dipendono dall'ambiente, dalla società e dalla capacità di introspezione, indipendenza, iniziativa e ottimismo del soggetto.

La resilienza è infatti la capacità umana di affrontare eventi traumatici in maniera positiva e poter così riorganizzare la propria vita, valorizzando le risorse che ognuno

⁵⁹ E. Borella – S. Faggian – S. Gardini - A. Lobbia - G. Michelini, *Promuovere il benessere nella persona con demenza. Una guida pratica per la stimolazione cognitiva ad uso del familiare e del caregiver*, Franco Angeli, Milano, 2016.

possiede.

Riciclare l'energia sviluppata durante situazioni dolorose, permette di ricostruirsi e restare sensibili alle opportunità che la vita offre, senza alienare la propria identità.

Ripartire verso una nuova prospettiva, anche attraverso l'accettazione del nuovo stato dell'assistito, permette di aiutarlo a vedere un futuro fatto di possibilità e non di semplice degrado, stimolando il risveglio di abilità o memorie inaspettate e trovando un nuovo modo di vivere la malattia.

Sorriso, complicità, intimità, ironia, leggerezza e giocosità sono gli elementi per promuovere benessere e serenità in entrambe le persone coinvolte⁶⁰.

Il familiare deve cercare nuove forme di interazione col malato sia attraverso il rinforzo dei legami affettivi, che stimolando la creatività naturale dell'altro, finalizzata a dare risalto a ciò che ancora sa e può fare.

In questo rapporto è centrale porsi in ascolto, cercando di comprendere ciò che il malato sta vivendo, come lo sta vivendo e cosa può aiutarlo a “sentire di esistere”; serve quindi essere flessibili nel trovare nuovi punti di contatto che vadano oltre la parola.

Stimolare una risposta positiva aiuta a recuperare una fiducia nelle proprie capacità e possibilità.

L'obiettivo relazionale non è tecnico, ma ludico: aiutando il malato, la cui conoscenza del mondo va disintegrandosi, a riconoscere frammenti di realtà, gli verrà restituita una percezione di controllo e serenità.

Attraverso normalità, leggerezza e stimolazioni si genera divertimento, il quale può sollecitare spirito d'iniziativa che contrasti apatia e chiusura.

⁶⁰ M. Graff – M. Thijssen – M. Van Melick – P. Verstraten – J. Zajec, *Curare la demenza a domicilio. Indicazioni di terapia occupazionale per anziani e caregivers*, Franco Angeli, Milano, 2016.

Il familiare aiuterà così il malato a ritrovare autostima e realizzazione di sé, fattori compromessi in un soggetto affetto da degenerazione cerebrale.

Fondamentale è quindi imparare a uscire dalla razionalità, unica via per mettersi in contatto con chi si ammala e perde progressivamente la capacità di costruire un ragionamento, pianificare azioni o comunicare con linguaggio appropriato.

Ponendosi in ascolto dell'altro lo si aiuta a riconoscere il valore che possiede come persona: perché esiste e non perché vale.

Le difficoltà a volte sono conseguenze stesse della malattia.

Nel malato di Alzheimer è compromessa la memoria a breve termine, motivo per cui l'istintiva tendenza del familiare è quella di ripetere costantemente informazioni o comandi, nell'inconscia convinzione di furberia o pigrizia del malato; forse anche nell'estremo tentativo di non vedere e accettare l'effettiva condizione della persona cara⁶¹.

Di fatto il malato non risponde proprio per conseguenza della malattia, deludendo così le aspettative di una risposta adeguata o canonica, generando disistima verso se stesso e scatenando possibile aggressività o nervosismo.

Sollecitare e incoraggiare, invece, sono modalità vantaggiose, soprattutto se le stimolazioni partono dalla sfera di abitudini o conoscenze che il malato possiede e ha acquisito meccanicamente.

Ad esempio si possono portare alla luce ricordi a lungo termine o coinvolgere il malato in un lavoro manuale (cucina, cucito, scrittura, ecc..) riproponendo azioni che ha compiuto quotidianamente nel corso della sua vita.

Naturalmente il lavoro è finalizzato a se stesso, o meglio al semplice *fare*, non al risultato, in quanto aiuta ad allenare e stimolare la memoria.

⁶¹ A. Bianchetti – M. Trabucchi, *Alzheimer*, Il Mulino, Bologna, 2010.

*Allenare le cellule cerebrali ancora sane, favorendo il mantenimento delle capacità cognitive in atto, attraverso i gesti del quotidiano con lo scopo di interpretare l'ambiente domestico come fonte di interazione creativa e positiva per il mantenimento dell'autonomia residua*⁶²

Questo aiuterà il malato rassegnato al proprio stato a recuperare fiducia in se stesso e gioia nel vivere il presente.

Aiuterà anche il familiare, che potrà trovare una motivazione per affrontare la malattia accanto al proprio caro, riducendo il rischio di lasciarsi cadere nello sconforto, nella rabbia e nell'idea della perdita imminente.

Ritroverà così la speranza per un futuro che sembrava perso.

2§ Memoria e ricordi

La malattia di Alzheimer non è all'oggi curabile; esistono farmaci e interventi terapeutici con metodologia psicosociale che possono migliorare i sintomi cognitivi, funzionali e comportamentali.

Le cure intese come terapia medica, in grado di modificare i meccanismi causali della malattia, sono limitate in termini farmacologici.

I farmaci possono aiutare ad alleviare soltanto certi sintomi quali l'agitazione, l'ansia, la depressione, le allucinazioni, la confusione e l'insonnia, ma risultano efficaci per un numero e un periodo di tempo limitato; possono inoltre causare effetti collaterali

⁶² L. Quaia, *Alzheimer e riabilitazione cognitiva. Esercizi, attività e progetti per stimolare la memoria*, Carrocci Faber, Roma, 2014, p.25.

indesiderati.

La riduzione e il malfunzionamento della memoria trovano la loro causa nei livelli ridotti di acetilcolina, un neurotrasmettitore, sostanza chimica responsabile della trasmissione di messaggi da una cellula all'altra, centrale nei processi di memoria.

Recentemente sono stati introdotti farmaci capaci di inibire l'enzima responsabile della distruzione dell'acetilcolina, risultando quindi efficaci per la memoria e la concentrazione in alcuni pazienti.

Tali farmaci hanno inoltre la capacità di rallentare temporaneamente la progressione dei sintomi, mentre non vi è alcuna dimostrazione che questi fermino o facciano regredire il processo di deterioramento cellulare.

Più ampie sono invece le possibilità di migliorare sintomi e qualità della vita per i malati di demenza e i loro familiari: sono stati sviluppati nuovi metodi genericamente sottesi sotto il termine *Care*.

Le nuove metodologie hanno sviluppato interesse intorno a interventi riattivativi e migliorativi soprattutto nelle fasi iniziali della malattia, quando le capacità di apprendere sono ancora parzialmente conservate.

Tali metodi agiscono per mantenere attive le capacità cognitivo-comportamentali attraverso stimolazioni ed esercizi ripetuti.

Le cose cambiano quando la malattia si acutizza e arriva alle fasi più avanzate: in questi casi la cura non comprende più miglioramenti di performance funzionali, è invece necessario lavorare sulla diminuzione dello stress e l'aumento del benessere.

La malattia viene diagnosticata a partire dai sintomi, primi fra tutti i disturbi cognitivi, diffusi e precoci, come la graduale perdita di memoria e le difficoltà nell'orientamento spazio temporale⁶³.

⁶³ A. Bianchetti – M. Trabucchi, *Alzheimer*, Il Mulino, Bologna, 2010.

Partendo da questi sintomi sono state elaborate tecniche per allenare e migliorare la memoria, sviluppate partendo da soggetti normali o affetti da altre patologie, come traumi cranici o ictus, e solo in seguito adattate a soggetti affetti dal morbo di Alzheimer.

I metodi⁶⁴ sono differenti per applicazione, tipo e grado della malattia.

Vale la pena ricordarne alcuni come il *Memory training*, che comporta una partecipazione attiva da parte del soggetto ed è quindi applicabile solo in fasi precoci della demenza, dove il livello di comunicazione e di motivazione è ancora buono.

Similare a quest'ultimo è la *ROT* (riabilitazione della memoria).

Altre tecniche, dette *compensatorie*, sono più recenti e direttamente sviluppate per la patologia.

Si concretizzano in aiuti “passivi” (scritte, calendari, orologi con segnate le ore di assunzione dei farmaci) o “attivi” (uso di registratori portatili con una voce familiare che scandisca la sequenza del vestirsi o la lista della spesa) studiati in relazione alle necessità del paziente.

L'intervento maggiore è richiesto per gestire i disturbi comportamentali che rappresentano la maggiore fonte di stress per la famiglia.

I farmaci antipsicotici e antidepressivi possono trattare il sintomo, ma non possono da soli risolvere situazioni più complesse come i falsi riconoscimenti, l'incapacità di compiere movimenti volontari o disturbi sensoriali, derivanti dall'incapacità di gestire i rapporti con l'ambiente.

Insieme all'azione dei farmaci si tenta di trattare questi disturbi con approcci psicosociali presi da diversi modelli.

⁶⁴ D. Di Giacomo – D. Passafiume (a cura di), *La demenza di Alzheimer. Guida all'intervento di stimolazione cognitiva e comportamentale*, Franco Angeli, Milano, 2007.

Uno dei più noti e utilizzati è l'approccio *protesico* del Gentlecare, modello d'azione ideato a fine degli anni novanta da Moyra Jones⁶⁵.

Il metodo nasce considerando le modificazioni delle capacità di interazione con la realtà del malato: intorno a esso viene costruita una sorta di protesi che gli permetta di mantenere l'autonomia il più a lungo possibile, riducendo stress e ansia.

Lo spazio, le persone intorno al paziente e le attività da lui praticate concretizzano l'idea di protesi, che si realizza materialmente attraverso l'azione di mediatori che lo supportino nella relazione con l'ambiente, aiutandolo a valorizzare le sue capacità residue.

Per questi motivi gli interventi sono strettamente soggettivi e studiati sui singoli pazienti, in relazione alle loro capacità per questo è consigliabile mettere in atto il programma riabilitativo in ambienti che risultino familiari al malato.

Gli obiettivi comprendono la relazione del malato con lo spazio fisico, le persone e le modalità con cui il soggetto reagisce ai programmi.

Il Gentlecare punta a valorizzare le attività primarie (mangiare, lavarsi, vestirsi), le necessarie (riposare, dormire, avere momenti di privacy) e quelle essenziali che permettono di muoversi e comunicare, tentando di appoggiarsi sulle attività significative come lavorare o giocare.

In questo modo la giornata del malato non è costituita dal semplice tempo dell'attesa, ma riprende forma con stimoli, occasioni e possibilità, rendendo di nuovo il soggetto consapevole della propria possibilità di agire sul presente.

L'applicazione di questo metodo ha dimostrato di poter ridurre i disturbi del comportamento e alleviare lo stress delle famiglie, come mostra l'aumento delle persone che ritornano a casa dopo un periodo di trattamento nel nucleo.

⁶⁵ M. Jones, *Gentlecare. Un modello di assistenza per l'Alzheimer*, Carocci, Roma, 2005.

La *Validation Therapy* (o *terapia di validazione*) di Naomi Feil⁶⁶, invece, si propone come tecnica di comunicazione con i malati di demenza.

Feil parte dall'ipotesi che la demenza riporti il malato agli episodi del suo passato e ai conflitti relazionali, specie se familiari o con figure significative.

La *Validation Therapy* accompagna il malato nel suo mondo, dove lo segue per cercare di capire quali siano i sentimenti, le emozioni e i comportamenti che derivano dalla sua esperienza di reminiscenza.

Negli ultimi anni è stato sviluppato anche il metodo della *Pet Therapy*⁶⁷, di cui mi limito a citare il beneficio tratto dallo stimolo sensoriale, dall'interazione affettiva e dallo scambio di ruoli curato-curante.

Il malato si trova infatti nella posizione di doversi e potersi prendere cura di un animale che non richiede solo cure fisiche, ma anche vicinanza affettiva.

Le possibilità di agire per il benessere del malato con terapie non farmacologiche sono molteplici: dal campo cognitivo a quello comportamentale, dalla sfera psichica a quella fisica, dalla cura individuale alla struttura dei servizi sociosanitari.

Per fare ciò è necessario integrare l'approccio clinico con una visione diversa, più ampia e più reale della cura tradizionale.

Anche se all'oggi non si è in grado di modificare in modo sostanziale il decorso della malattia, molto si può fare intervenendo sulle conseguenze psichiche, fisiche e sociali della demenza.

La stimolazione del malato deve innanzitutto considerare uno degli elementi che caratterizzano la malattia e che per primo viene a mancare: la memoria.

⁶⁶ N. Feil, *Validation. Il metodo Feil. Per comprendere ciò che i grandi anziani fanno nella mente e nel cuore*, Minerva, Argelato (Bo), 2013.

⁶⁷ L. Pergolini – R. Reginella, *Educazione e riabilitazione con la Pet Therapy*, Erickson, Trento, 2009.

La memoria è identificabile come una rete di associazioni sempre aperta a creare nuove ramificazioni.

Il processo che consente la memorizzazione consiste nello stabilire un numero elevato di connessioni fra le sinapsi delle cellule cerebrali, le quali permettono di recuperare l'informazione ogni qualvolta si ripercorrono i circuiti creati da tali connessioni.

Il percorso di degenerazione delle cellule cerebrali che caratterizza la malattia di Alzheimer si sviluppa in un arco di tempo generalmente lento, infatti molti altri neuroni conservano la loro funzionalità grazie ai collegamenti attivabili.

Per questo motivo è importante stimolare il malato: gli stimoli ricevuti equivalgono a più connessioni svegiate per cercare una risposta adeguata; laddove si presenti un ostacolo dato dalla malattia, lo stimolo facilita la costruzione di percorsi alternativi.

La stimolazione cognitiva⁶⁸ è fondamentale per sostenere l'attività delle cellule cerebrali ancora funzionanti, poiché se un neurone leso ha legami con un neurone vivo, quanto più quest'ultimo viene reso funzionante, tanto più la sua riverberazione⁶⁹ svolgerà funzione nutritiva della cellula in fase di degenerazione.

Grazie alla stimolazione la malattia non verrà di certo fermata, ma sarà forse possibile rallentarne il decorso.

Per comprendere meglio come agire nella stimolazione è necessario capire cosa sia la memoria; più precisamente quali siano le memorie.

⁶⁸ D. Di Giacomo – D. Passafiume (a cura di), *La demenza di Alzheimer. Guida all'intervento di stimolazione cognitiva e comportamentale*, Franco Angeli, Milano, 2007.

⁶⁹ La riverberazione è quel fenomeno che permette a un neurone eccitato da uno stimolo di "restituire" l'eccitazione ai neuroni a esso connessi. La connessione neuronale si concretizza in un *circuito riverberante*, ovvero un tipo di schema nervoso nel quale sono connessi tra loro più neuroni, in modo da garantire il ritorno dell'impulso nervoso alle cellule che lo hanno originato; ad esempio il circuito riverberante è significativo nella corteccia cerebrale. La presenza dei circuiti permette la conservazione dell'informazione appresa mediante l'acquisizione della memoria, eventuali danni determinano l'impossibilità di conservare ricordi, in particolare per quanto concerne la memoria a breve termine.

2.1 La memoria di cui non ci si fida più

Caratteristica della malattia di Alzheimer è la perdita o la compromissione della memoria.

Nel soggetto la funzione mnestica più precocemente invalidata è la memoria a breve termine, ovvero quella memoria che trattiene informazioni per periodo e in numero limitato.

Questa permette di mantenere un'informazione il tempo necessario a svolgere un compito e eliminarla una volta assolto, a meno che non venga giudicata importante: in questo caso i dati verranno sottoposti a un processo elaborativo che provvederà a registrarla nella memoria a lungo termine.

La memoria a lungo termine è la memoria comunemente intesa: non necessita di ripetizione, ma di approfondimento e di ricerca nei collegamenti tra materiale vecchio e nuovo, già archiviato.

Tale tipo di memoria verrà intaccata solo col progredire della malattia, interessando in particolare quella episodica e autobiografica.

La memoria a lungo termine è generalmente distinta in *esplicita dichiarativa*, comprendente la memoria semantica, episodica, autobiografica e prospettica, e *implicita o non dichiarativa*.

Quest'ultima è la memoria del fare.

Comprende la memorizzazione di sequenze automatiche di comportamenti finalizzati al compimento di un'azione o al raggiungimento di uno scopo (memoria procedurale) e all'associazione fra stimolo mentale e azione (memoria condizionata).

La memoria semantica è il tipo di memoria che si conserva sino a uno stadio più

avanzato della malattia, insieme a quella procedurale.

I giochi e gli esercizi di stimolazione presuppongono di creare un clima di benessere e svago, inserendo attività che mirano a potenziare le funzioni mentali e quindi a proteggere le cellule del cervello ancora attive, favorendo le connessioni fra i neuroni residui⁷⁰.

Le attività vengono elaborate tenendo conto delle tipologie di memoria perse o ancora in possesso del malato di Alzheimer: se la memoria a breve termine è persa, mentre quella episodica o autobiografica si altera precocemente, è possibile invece lavorare mantenendo in allenamento quella semantica o procedurale, che si mantengono più a lungo.

Quando viene fatta una richiesta verbale, il malato tende a cadere in uno stato di disorientamento o confusione, causato dall'alterazione del proprio stato di coscienza che impedisce al soggetto di attingere alla propria memoria e alle informazioni per creare i punti di riferimento spazio-temporali.

Per questo motivo l'atto di rievocazione è compromesso: obbliga a cercare un dato nella memoria senza aiuti, contrariamente a quanto accade nel riconoscimento, facilitato dalla presentazione di stimoli.

Gli esercizi di memoria⁷¹, mascherati in attività ludica, devono compiersi in un ambiente rilassato, protetto e di svago, dove non si viva l'ansia del giudizio, non vi sia vergogna provata nel non saper rispondere correttamente a una persona cara, ma dove si possa creare un confronto, o meglio un ascolto, anche in gruppo, alla pari, fra persone che condividono uno stesso status.

Il caregiver, infatti, pone involontariamente il malato nella posizione di essere

⁷⁰ E. Lâdavas (a cura di), *La riabilitazione neuropsicologica*, Il Mulino, Bologna, 2012.

⁷¹ J. S. Beck, *La terapia cognitivo – comportamentale*, Astrolabio, Roma, 2013.

giudicato negativamente: la testimonianza di impotenza, data dall'evidenza della malattia, gioca come uno specchio nella relazione col malato.

Egli, dall'atteggiamento e dal mondo che ha il familiare di relazionarsi con lui, si rende consapevole del suo stato, provando depressione, senso di colpa, vergogna e dolore.

Per questo è importante che il familiare partecipi in prima persona agli esercizi di stimolazione cognitiva, partendo dalla presa di coscienza che il malato può ancora *fare* e che non tutto è perso.

Grazie alla conservazione della memoria procedurale egli conserva abilità nel fare, di cui a volte ci si può non accorgere per le interferenze causate da altre concause della malattia oppure per le difficoltà comunicative.

La memoria procedurale è una memoria automatica, il cui recupero non prescinde dalla consapevolezza: nel nostro quotidiano ognuno di noi interiorizza inconsapevolmente azioni, composte a loro volta da serie di sequenze organizzate e consequenziali.

Tali azioni sono in noi radicate e riuscire a ripercorrere la successione dei passaggi porta infine al compimento di un determinato atto, come può essere il semplice gesto del lavarsi i denti.

Il paziente deve essere stimolato a compiere i normali gesti quotidiani anche rispettando i suoi tempi, dato che il quotidiano stesso tenderà ad assumere un ritmo più lento, considerati anche i tempi di reazione, oltre alle consuete difficoltà fisico-motorie⁷².

Data la difficoltà della malattia, il carattere di leggerezza è fondamentale, motivo per

⁷² D. Di Giacomo – D. Passafiume (a cura di), *La demenza di Alzheimer. Guida all'intervento di stimolazione cognitiva e comportamentale*, Franco Angeli, Milano, 2007.

cui ogni azione può diventare un gioco, qualcosa di non banale, in cui sperimentare sensazioni, ricordi, allenare il proprio corpo e la propria mente.

Giocare col sapone, ad esempio, può riportare alla mente ricordi attraverso il profumo, il tatto, riproducendo il movimento associato al fare il bucato.

Proprio nelle fasi più avanzate della malattia, dove il malato si riduce a entità priva di consapevolezza e intenzionalità, diventa fondamentale la memoria implicita, prima memoria che compare nel corso dello sviluppo umano e acquisita con la pratica.

Il suo uso avviene in forma automatica e inconsapevole, non richiede partecipazione cosciente per essere evocata o e non necessita di spiegazione verbale.

L'apprendimento di tale conoscenza viene espressa mediante l'esecuzione di azioni; per sollecitarla sarà sufficiente scomporre le normali azioni quotidiane nella serie di sequenze che le costituiscono.

2.2 Ricordi che curano

La memoria può essere quindi immaginata come contenitore del passato ed è sinonimo della nostra capacità di controllare e comprendere gli eventi intorno a noi.

La capacità di ricordare e utilizzare la memoria per orientarci nelle nostre scelte è propria dell'uomo da tutta la vita, tanto che il pensiero la sua perdita genera angoscia⁷³.

Il timore dell'invecchiamento è legato anche a questa inimmaginabile mancanza, direttamente connessa alla perdita del controllo su se stessi, all'incapacità di agire e decidere.

⁷³ E. Bruce - S. Hodgson - P. Schweitzer, *I ricordi che curano*, Cortina Raffaello, Milano, 2003.

Ciò che generalmente si contrappone alla memoria è l'oblio, temuto alter ego ritenuto contrario all'ordine in cui sono organizzati i ricordi e a cui possiamo attingere grazie al pensiero.

Dell'oblio viene sottovalutata la valenza positiva in campo psicologico: esso regala la possibilità di non vedere, aiuta ad attraversare ciò che non può essere affrontato nell'immediato ed è elemento fondante della memoria stessa.

La dimenticanza è un meccanismo fondamentale per il funzionamento della memoria, nonostante non venga vissuta come tale, in quanto la sua perdita è generalmente sintomo di declino fisiologico e tratto distintivo della sindrome di Alzheimer.

Perdere il proprio passato significa perdere il proprio futuro.

Lo spavento che si accompagna all'idea di danni della memoria deriva dal fatto che tale funzione dell'Io rappresenta anche la principale garanzia di soggettività. Smarrirla significa perdere la propria storia e con essa la propria identità personale. La memoria mostra, infatti, il nostro essere in vita, in trasformazione nel tempo, mentre la dimenticanza equivale a un'interruzione nella continuità.⁷⁴

In questa condizione la reminiscenza si propone come ancora di salvezza capace di proteggere dallo smarrimento.

La reminiscenza è definita come

Ricordo personale riportato attivamente alla coscienza o manifestantesi

⁷⁴ M. A. Galanti, *Smarrimenti del Sé. Educazione e perdita tra normalità e patologia*, ETS, Pisa, 2012, p.69.

*spontaneamente.*⁷⁵

Essa si riferisce anche alla facoltà di ricordare, azione che restituisce identità a chi se ne avvale con una sorta di alleanza tra mente e corpo, come già ricordava il significato latino di *reminiscentia*.

La reminiscenza non è solo un'azione o un termine, ma anche una pratica vera e propria sostenuta da un metodo che utilizza pratiche con finalità terapeutiche rivolte ad anziani affetti da demenza.

Il metodo punta a spostare l'attenzione dal problema a un obiettivo concreto, coinvolgente e piacevole, poiché avere un obiettivo concreto è il primo passo per ritrovare il gusto del progetto.

Inoltre rende esplicito come lavorare concretamente, facendo leva sulle capacità residue delle persone (come quella di conservare i ricordi più lontani) oppure sulle abilità sociali che tornano nel momento in cui il paziente si trova in un ambiente piacevole e incoraggiante.

Per questo motivo il lavoro di reminiscenza è un lavoro di gruppo, comprendente paziente, familiare, operatore e altri pazienti con relative figure di supporto, poste a confronto.

Questo è l'obiettivo del metodo: valorizzare le capacità residue, divertirsi o piangere insieme, comunque instaurare nuove relazioni uscendo dal pericoloso stato di isolamento a cui la malattia porta.

L'esperienza dei gruppi di reminiscenza con più famiglie è vantaggiosa per tanti motivi: ricordare insieme è una pratica attiva e creativa che aiuta a vincere

⁷⁵ N. Petches – J. Ruchatz, *Dizionario della memoria e del ricordo*, Mondadori, Milano, 2002, pp.460 – 461.

l'isolamento della famiglia dando voce a tutti i partecipanti, riconoscendo non solo il bisogno del malato, ma anche del familiare curante, altrettanto forte e spesso sottovalutato⁷⁶.

Con il gruppo si ritrova l'ascolto, la compassione, il rispetto per i sentimenti altrui, trasforma i familiari del malato in consulenti di altre famiglie attraverso uno scambio di esperienze ed emozioni finalizzate al sostegno reciproco, innanzitutto emotivo, fondamentale in queste fasi.

È quindi possibile e ricevere consigli in una posizione recettiva che aumenta la creatività e progettualità individuali e familiari, conoscendo situazioni concrete.

Sperimentando la condivisione della propria esperienza con altri, in un gruppo dove l'atmosfera è amichevole e rilassata, l'anziano vive la possibilità di sentirsi parte di qualcosa riscoprendo il proprio senso di identità, in un momento di benessere che tende a durare anche dopo la conclusione dell'incontro.

Raccontare ad altri i momenti significativi della propria vita può essere di grande aiuto per il malato di Alzheimer, solitamente disorientato, che in questo modo ricostruisce un senso di continuità tra passato e presente, riappropriandosi di una sensazione positiva di sé.

Partecipare a questo processo può essere gratificante non solo per i pazienti, ma anche per i curanti, specialmente se si tratta di persone che hanno col malato una relazione duratura: vivere insieme l'esperienza aiuta a rinsaldare il legame affettivo già esistente e permette di rivivere nel ricordo i bei momenti trascorsi.

Attraverso la condivisione di questi momenti, non solo col familiare, ma anche con gli altri partecipanti, si innesca un meccanismo di reciproco ascolto e sostegno.

⁷⁶ L. Quaia, *Alzheimer e riabilitazione cognitiva. Esercizi, attività e progetti per stimolare la memoria*, Carrocci Faber, Roma, 2014.

Ogni caregiver sperimenta così comprensione, sostegno e amicizia di altri partecipanti, esperienze determinanti per vivere in modo meno drammatico la difficile situazione affrontata quotidianamente, comprendente anche il “seppellire” la persona che avevano conosciuto prima della comparsa dei sintomi⁷⁷.

Col lavoro di reminiscenza si mostra il valore del soggetto affetto dalla malattia che ai nostri occhi è ancora persona completa e degna di stima: viene messa in risalto l'unicità del malato riuscendo a individuare in ognuno le specifiche capacità e abilità residue per offrire un valido sostegno.

Bisogna essere in grado di lavorare col cuore: l'empatia è l'unica strada per entrare nell'universo del malato che ha un suo significato, difficile da comprendere tramite i discorsi e azioni⁷⁸.

Quello della reminiscenza è un lavoro dominato dalla tonalità affettiva.

Si concretizza nel processo che porta all'emergere di un ricordo o di ciò che ne resta; mira al poter parlare della propria vita condividendola con altri, forse anche riuscendo a riflettere sul proprio passato.

Evocare il passato e riflettere sul presente sono fra le attività sociali più sviluppate poiché favoriscono la creazione di nuovi legami e rinforzano quelli già esistenti: il contenuto della reminiscenza è sempre personale ed è quindi la via più breve per conoscere e apprezzare altre persone coinvolte.

Per i familiari può essere un modo efficace di restare in contatto non solo con la persona malata, ma anche con la vita passata condivisa con la stessa.

Se il familiare riesce a introdurre la reminiscenza come pratica quotidiana nella vita

⁷⁷ D. Di Giacomo – D. Passafiume (a cura di), *La demenza di Alzheimer. Guida all'intervento di stimolazione cognitiva e comportamentale*, Franco Angeli, Milano, 2007.

⁷⁸ E. Bruce - S. Hodgson - P. Schweitzer, *I ricordi che curano*, Cortina Raffaello, Milano, 2003; L. Quaia, *Alzheimer e riabilitazione cognitiva. Esercizi, attività e progetti per stimolare la memoria*, Carrocci Faber, Roma, 2014.

del suo assistito, si renderà conto che con essa è possibile stimolare il sorgere di sentimenti positivi e agevolare la routine quotidiana: renderà più efficaci le strategie di coping, ovvero le strategie positive adottate per far fronte alle inabilità della malattia.

Aiuta anche ad attivare diverse modalità di comunicazione: parole, gesti, atteggiamenti corporei e psicologici favoriscono la comunicazione, aiutando a riconoscere e interpretare correttamente segnali e messaggi trasmessi.

Il linguaggio deve essere semplice: serve inventare modi diversi di dire la stessa cosa, accompagnando le parole con i gesti sia per trasmettere meglio il significato che per manifestare attenzione e osservare i segnali di comprensione.

Ascoltare e attendere significa dare attenzione e rispetto al malato che si sentirà apprezzato e accettato: sedersi allo stesso livello, rispettare il suo spazio fisico, ma senza negare il contatto, rispettare e accettare quello che la persona dice nel suo linguaggio e dandole il giusto tempo⁷⁹.

In questo modo viene riconosciuto un senso a ciò che il malato cerca faticosamente di comunicare, restituendogli la dignità con un'adeguata partecipazione affettiva che può convalidare il contenuto emotivo di ciò che viene espresso, invece di focalizzare l'attenzione, con conseguente rimprovero, sul significato letterale o apparente.

Attraverso la stimolazione ed evitando le domande dirette è possibile aiutare il familiare a produrre ricordi, ad esempio fornendo la possibilità di riconoscere oggetti, foto senza pretendere una risposta verbale, ma interpretando la mimica, un cenno o un sorriso.

Nel lavoro di gruppo, invece, si possono sperimentare modalità di reminiscenza

⁷⁹ P. Vigorelli (a cura di), *La conversazione possibile con il malato di Alzheimer*, Franco Angeli, Milano, 2010.

diverse, ad esempio passando dalla verbalizzazione del passato a modalità di esplorazione creativa delle memorie attraverso scrittura, drammatizzazione, movimento e musica.

Un'esperienza positiva fatta col gruppo aiuta ad aumentare la fiducia nei partecipanti che, procedendo con l'esperienza, diverranno più disponibili a lasciarsi coinvolgere anche in nuove modalità di intervento.

Trasformare i ricordi in messa in scena teatrale, in un disegno oppure in un testo inciterà la persona anziana a ricordare e a dire qualche cosa in più, e potrà evocare ricordi spontanei. Far vivere situazioni personali attraverso forme e codici linguistici diversi crea un evento nuovo nel presente, un evento che appartiene al gruppo oltre che alla singola persona.⁸⁰

Non è tanto importante il prodotto derivante dall'azione, quanto il processo stesso del fare che si genera nella messa in atto.

La proposta di mettere in scena storie di vita coinvolgerà non solo i singoli pazienti con la propria storia, ma potrà arricchirsi dei suggerimenti degli osservatori per vivacizzare i dialoghi e proporre cambiamenti nell'azione.

Il gruppo può in alternativa mettere in scena un personaggio, figure semplici, macchietistiche, condivise nel vissuto di ognuno, come una maestra severa, una madre in collera, un capo insopportabile, un operaio, che diano a tutti l'opportunità di contribuire attivamente.

Gli interventi dovranno essere brevi per evitare la sensazione di fallimento quando i

⁸⁰ E. Bruce - S. Hodgson - P. Schweitzer, *I ricordi che curano*, Cortina Raffaello, Milano, 2003, p.53.

partecipanti non hanno idee, quindi azioni che si concretizzino anche in una parola iniziale da far crescere fino a descrivere un luogo o un'azione con elementi sempre più specifici.

La messa in scena genera emozioni, eccitazione, risate, non solo lavorando da soli sui propri ricordi, ma anche in piccoli gruppi che trattino un tema di interesse comune partecipando con i propri ricordi personali.

Questo esercizio è importante non solo per il recupero dei ricordi, ma perché instaura un senso di fiducia e apertura nei riguardi dei collaboratori, soprattutto se l'esperienza è fatta in strutture sanitarie; creare un clima familiare rilassato dona benessere quotidiano al paziente.

Facendo leva sulla memoria procedurale residua si possono far ripetere gesti che nel passato furono familiari: questa è un'esperienza produttiva che stimola la memoria del corpo e permette al paziente di scoprirsi di nuovo capace di compiere azioni legate al proprio passato, anche se soltanto accennate⁸¹.

Mostrare ad altri il ruolo che si è avuto nel passato, magari di fronte a persone che non hanno avuto quelle stesse capacità, renderà orgogliosi.

Metodi come la reminiscenza mostrano che nonostante la malattia è comunque possibile parlare di futuro anche se in gioco vi sono lucidità mentale, capacità di comunicare, decisionalità e autonomia della persona.

Per questo motivo è importante la partecipazione di tutte le persone che fanno parte della vita del paziente.

Memoria e identità non sono mai un puro fatto interiore: l'uomo è parte di una rete di interazioni che conferiscono nuovi tasselli alla sua persona.

La famiglia occupa un posto essenziale in questo processo e nel dare senso alla vita

⁸¹ E. Lădavăș (a cura di), *La riabilitazione neuropsicologica*, Il Mulino, Bologna, 2012.

nella sua temporalità passata, presente o futura.

Nel familiare si ritrovano le proprie origini, le relazioni affettive e i progetti, anche quelli che non verranno portati a compimento.

La famiglia ha una storia da raccontare che sopravviverà alla singola esistenza attraverso figli e nipoti, anche con oggetti, frammenti che appartengono alla persona e saranno ereditati come memorie.

Nell'ambito sanitario, sociale ed educativo la famiglia è all'oggi poco percepita, non valorizzata o sostenuta, soprattutto laddove siano coinvolti malati di Alzheimer.

In casi come questi l'utilizzo di cure farmaceutiche o il ricovero di un anziano non autosufficiente, diventano esperienze difficili e spersonalizzanti, se praticati senza l'intervento familiare.

Il termine cura sottintende la cura di sé, degli altri e del contesto relazionale e si riferisce a un'attività quotidiana, fatta di gesti, sguardi, silenzi e parole.

Molti tendono a trattare la crisi (...) come un'avaria, cioè l'improvviso guasto di un pezzo del sistema. In una visione meccanicistica e riduttiva, il “pezzo che non funziona” deve essere riparato oppure sostituito perché la macchina continui a funzionare. Nei sistemi umani questo atteggiamento è profondamente antiecologico e generatore di sofferenze per tutti. Una famiglia non è una macchina. Nemmeno un essere umano lo è. (...) Con la diagnosi di demenza, tutta la storia familiare, e non solo quella individuale, viene condizionata nel suo divenire. Vengono rimessi in discussione i modelli di relazione che potevano funzionare fino a quel momento, e che invece sono profondamente inadeguati per il futuro.⁸²

⁸² E. Bruce - S. Hodgson - P. Schweitzer, *I ricordi che curano*, Cortina Raffaello, Milano, 2003, p.XIX.

Per superare la crisi serve innanzitutto riconoscerla come tale, poterla rappresentare, rivedere i propri modelli, trasformarli per trovare un nuovo adattamento.

La famiglia dovrà imparare a trasformarsi per sopravvivere, cercare una nuova flessibilità nonostante possa risultare difficile quando i rapporti si sono irrigiditi con gli anni; con la reminiscenza è possibile rielaborare e diviene occasione per dare voce alla famiglia.

I ricordi sono preziosi per tutti e se la maggior parte di noi possiede un flusso continuo di memorie dall'infanzia, il malato d'Alzheimer ha soltanto alcune memorie a cui aggrapparsi per prendere contatto con la propria identità.

Aiutare il malato a riappropriarsi dei suoi ricordi attraverso la stimolazione è anche uno dei compiti più gratificante per chi accudisce.

In America Robert N. Butler ha sviluppato un metodo con basi simili alle terapie della reminiscenza, il Life Review⁸³: si tratta di stimolazione della memoria effettuata tramite ricordi evocati da oggetti o canzoni.

Incoraggiare il ricordo serve a mantenere alto il livello di autostima e sicurezza nel malato: permette la rielaborazione di aspetti irrisolti del passato e di ricercarvi un senso utile per il presente, aiuta il paziente ad assumere il ruolo di soggetto narratore, rendendolo capace di dare ordine ai frammenti di memoria .

2.3 Scrivere la rotta nell'oblio del tempo

Fra gli esercizi di reminiscenza più diffusi vi è l'attività biografica e autobiografica.

⁸³ C. Garland – J. Garland, *Life Review In Health and Social Care. A Practitioners Guide*, Routledge, 2005, eBook.

Queste pratiche permettono di stimolare, sviluppare e ampliare i processi cognitivi partendo da sé e dalla propria storia; fungono inoltre da importante strumento di conservazione delle memorie.

Come per gli altri esercizi descritti anche queste attività possono svolgersi sia in casa che in strutture ospitanti, singolarmente o in gruppo: i pazienti vengono sollecitati a raccontare le proprie storie non a scopo diagnostico o sociologico, ma per avere l'idea di continuare un percorso.

In questo modo vengono spinti a proiettarsi verso il futuro e a costruire una nuova storia, facendo leva anche (o soprattutto, a seconda della gravità della malattia) sull'aspetto irrazionale, sul contributo della famiglia e dell'ambiente culturale d'appartenenza⁸⁴.

L'approccio ideale è dato dall'incontro fra pazienti in sedute laboratoriali a cui partecipano figure definite *biografi* che possano aiutare a riassemblare i frammenti dell'esistenza e dalla memoria dei malati, donandogli una nuova veste narrativa.

Il lavoro biografico può concretizzarsi in una semplice raccolta di fotografie o informazioni sul paziente fino a vere e proprie storie, trasformando racconti di vita in forme di testo più elaborate e creative.

Il lavoro prevede non solo l'atto del ricordo, ma anche la creazione pratica, sempre legata al principio del fare, che ponga i ricordi fuori di sé e li racchiuda in oggetti che possano fungere da ancora a cui fare ricorso per tornarvi.

Questi punti fermi possono concretizzarsi in un libro di fotografie con didascalie, brevi testi, disegni, ritagli di giornale o una *scatola dei ricordi* che comprenda questi

⁸⁴ Tale metodo nasce conseguentemente all'elaborazione della psicologia culturale, in particolare basandosi sul pensiero di Jerome Bruner e sulle sue teorizzazioni non solo nel campo della psicologia cognitiva, ma anche in relazione al ruolo che la narrazione, anche autobiografica, ha per il singolo soggetto e per la collettività. A tale proposito rimando a J. Bruner, *La fabbrica delle storie*, Laterza, Roma-Bari, 2006 e J. Bruner, *In search of mind: essay in autobiography*, 1983. Trad. it. *Alla ricerca della mente: autobiografia intellettuale*, Armando, Roma, 1997.

più altri oggetti significativi.

Nel racconto, i narratori malati di Alzheimer riescono a svolgere il proprio ruolo con molti limiti, dato che sentono di aver perso il *diritto alla memoria* oltre che a raccontare, non essendo quasi più in grado di tenere il filo del discorso.

In questa prospettiva, invece, si rinsaldano o creano i legami fra chi offre il materiale, anche se in maniera confusa o parziale e chi aiuta, riorganizzandolo.

Viene a crearsi un legame di fiducia che produce benessere e sicurezza, in un clima rilassato e di scambio; ovviamente è necessario che gli incontri siano molteplici e che si ripetano con regolarità nel corso del tempo.

Come è già stato sottolineato in precedenza, il senso di appartenenza e partecipazione a un lavoro di gruppo ricrea relazioni sociali, sottrae il malato all'isolamento e a conseguenti disagi psichici come depressione, portando segnali di benessere, soddisfazione e miglioramento, anche se modesti.

Le pratiche narrative non sono una cura, il declino mnestico non può essere interrotto, ma può essere garantito al malato la dignità di partecipare alla costruzione del proprio un futuro; narrando possono riemergere ricordi che regalano un nuovo senso di sé ai narratori.

Spiegando ai pazienti l'importanza di ricostruire le vicende del proprio passato tornando a ricordi d'infanzia, momenti di transizione o svolta, incontri che hanno influenzato la propria vita, saranno aiutati a narrarli (o a trascriverli, se ne sono in grado) per sperimentare come il ricordo, nonostante comporti necessariamente momenti dolorosi, porti a benessere e rasserenamento.

Il biografo che segue e aiuta il paziente in questo percorso non dovrà mai far mancare un'accettazione incondizionata di ciò che l'assistito riporta: servono

conferme attive, affinché egli si senta incoraggiato a continuare questo viaggio interiore.

La trascrizione e la conservazione del racconto sono punti essenziali, sia che avvenga per mano del paziente stesso, sia che venga scritto dal biografo ed eventualmente diffuso e stampato col consenso dell'autore.

Ricordare, inoltre, aiuta ad affrontare processi psicoaffettivi: permette di rielaborare esperienze difficili o negative, abbassare o dissolvere difese e fa rivivere il senso di sé attraverso gli occhi degli altri.

Esplicativo a questo proposito è l'esperienza di volontariato autobiografico Mnemon.

Il nome Mnemon deriva dal greco antico, dove il termine stava ad indicare lo scrivano che, sotto compenso, scriveva storie di uomini illustri che volevano lasciare una traccia del loro passaggio.

Oggi è utilizzato per riferirsi a quella categoria di biografi riportati in precedenza: persone che si occupano di trascrivere le storie degli altri, non a fini di lucro, ma per salvare e restituire ai narratori, o alle famiglie, le proprie storie.

Il progetto Mnemon è volto alla formazione, assistenza tecnica e sostegno organizzativo di biografi volontari dedicati alla raccolta e alla scrittura di storie di vita di soggetti affetti da demenza.

La cura risulta pedagogica poiché lo sguardo e la disponibilità di qualcuno mettono il malato nella condizione di vivere motivati da un progetto che va portato a compimento⁸⁵.

Con questa esperienza il paziente sperimenta la piacevole attesa di un nuovo incontro per poter narrare le proprie vicende di vita e concludere la stesura della propria storia.

⁸⁵ D. Demetrio, *Pedagogia della memoria. Per se stessi, con gli altri*, Meltemi, Roma, 2000.

Il biografo, sia esso un volontario, un operatore o un familiare, si assume la responsabilità di divenire discreto custode dei ricordi d'altri assicurandone la conservazione pubblica.

Questa esperienza regala gioia non solo al paziente, ma anche al lettore, tratta dall'incontro con un inconsapevole autore che non ha la capacità di scrivere da solo ed è perciò costretto ad affidarsi alla tutela e all'affetto altrui.

La promozione della cultura della memoria, attraverso la testimonianza letteraria delle vite di tutti, è segno materiale e fruibile della lotta contro il dissolvimento e la scomparsa di ogni traccia⁸⁶.

Inoltre tale esperienza rende evidente l'importanza di questa pratica educativa e terapeutica che può coinvolgere anche la famiglia, in particolare quando un anziano è colpito dalla malattia.

Tutte le storie familiari diventano narrazioni che lasciano una traccia nel tempo e nello spazio diventando patrimonio prezioso per chiunque, in particolare per chi è coinvolto nella malattia.

Il morbo minaccia la rete di connessioni neurali, come diviene evidente attraverso i sintomi, ma con l'intervento della rete intersoggettiva dei ricordi condivisi essa viene integrata, sostenuta e a tratti sostituita, anche se mai completamente.

Le memorie condivise ci ricordano chi siamo o siamo stati, riportando alla luce la rete dei frammenti delle tante storie collettive, mitiche o semplicemente conosciute che ci fanno tornare indietro e che chiunque abbia vissuto con noi può almeno in parte restituirci.

La rete di appartenenze mette di nuovo in relazione la persona anziana ammalata con il suo mondo passato, presente e futuro, rivitalizzandolo con e per lei.

⁸⁶ D. Demetrio, *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina, Milano, 1996.

Raccontarsi è come riempirsi di nuovo, è un riaccorgersi di aver vissuto, visto, fatto e pensato molto più cose di quante, prima dell'incontro con lo scrivano in ascolto, non si sapesse. È emozionante ascoltare quel che i malati hanno ricordato e altri hanno trascritto per loro. Ancor di più vederli intenti nell'ascolto delle loro storie.⁸⁷

Queste sono le parole di Duccio Demetrio⁸⁸, docente di Filosofia dell'educazione all'Università di Milano Bicocca.

Demetrio si occupa di educazione degli adulti, di pedagogia interculturale ed è esperto di teorie e pratiche autobiografiche nel processo formativo.

Egli analizza il desiderio e la funzione formativa dell'autobiografia come percorso interiore proprio dell'età adulta, descritta come un gioco felice, capace non solo di portare benessere, ma anche di curare il soggetto.

Secondo le sue ricerche l'autobiografia risulta curativa solo ad alcune condizioni, riassunte in cinque punti, capaci di far sperimentare l'azione lenitiva di questa pratica.

L'elenco potrà ampliarsi o ridursi quando il lettore, emulo di Proust, sperimenterà il benefico effetto dell'autobiografia. Specie laddove ci prenda gusto a far “ginnastica interiore” accumulando pensieri e impressioni, stati d'animo e ponderazioni quasi ogni giorno. Dedicando a questo lavoro, in qualunque momento (...) ritenga più opportuno e possibile, un tempo minimo o ragguardevole che, a seconda dei propri principi, definirà ora “la mia palestra mentale”, ora “il mio tempio segreto.”⁸⁹

⁸⁷ E. Bruce - S. Hodgson - P. Schweitzer, I ricordi che curano, Cortina Raffaello, Milano, 2003, p.XV; introduzione di Duccio Demetrio.

⁸⁸ D. Demetrio, *Pedagogia della memoria. Per se stessi, con gli altri*, Meltemi, Roma, 2000; Id., *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina, Milano, 1996.

⁸⁹ D. Demetrio, *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina, Milano, 1996, p.46.

Il primo effetto benefico è costituito dal provare piacere nel ricordare, identificato nel potere della *dissolvenza*.

Le immagini dei nostri ricordi evocati ci ritornano sbiadite, vaghe, sfumate anche nei casi di ricordi più nitidi, quasi tornassero da un luogo lontanissimo dove nulla è completamente a fuoco o definito.

Alcune realtà del presente vengono percepite nello stesso sentimento di opacità, come il contatto con la natura o altre che donano il ricordo, sortiscono in noi il medesimo effetto pacificante; allo stesso modo alcuni movimenti musicali o visioni d'arte diventano stimolo o sottofondo ideale per il ricordo.

La sensazione del ricordo è fisica, unisce pensiero e percezione in un vissuto di malinconica gioia.

Se il presente espone all'inquietante possibilità di perdere le nuove conquiste o l'attuale condizione di felicità, quelle fatte nel passato sono tali per sempre: sebbene non tutte siano felici, sono comunque parte della nostra storia come elementi che hanno contribuito alla creazione di ciò che siamo oggi.

I ricordi, siano essi felici o meno, si trasformano in un *arcipelago di appigli*, a riprova del fatto che li accettiamo come punti fermi quali essi siano stati.

La percezione della dissolvenza aumenta il sentimento di distacco emozionale, elemento fondamentale per il raggiungimento del benessere.

Una volta tornati indietro con la mente viene spontaneo il desiderio di portare fuori le nostre storie, raccontandole: non si tratta solo del gusto del raccontare, ma di superare il silenzio imposto, l'assenza di ascolto, la distrazione o la fretta, malesseri propri del nostro quotidiano.

L'amicizia diventa quindi un luogo che permette il ricordo mentre si crea qualcosa di

nuovo, insieme.

Raccontare le proprie storie vuol dire raccontare se stesso agli altri: ricordare la nostra vita somiglia a un rito che conferma la nostra identità adulta.

Fermarsi a riflettere, mettendo ordine, non su chi si è in quel singolo momento, ma su tutto il nostro percorso, genera un sentimento di consapevolezza e benessere che dona coraggio.

Essere stati qualcosa prima del momento della difficoltà ed essere diventati altro è una forma inconsapevole di cura di sé, che si dispiega nel racconto ad altri.

Questo è il potere *comunicativo* dato dalla convivenza necessaria.

Inoltre il benessere non è generato dal singolo ricordo, ma dall'unione di più ricordi che trasmette la sensazione di *tenerci insieme* poiché la mente non si accontenta di evocarle alla memoria, ma deve trattenerle il più possibile.

Questa è la facoltà *ricompositiva* della memoria che mette in dialogo i nostri vari Io passati, mostrandoci la continuità fra i diversi punti o momenti della memoria⁹⁰.

Con l'introspezione autobiografica si sviluppa un senso di pienezza che l'autore definisce *autonutimento* dato non dal semplice ricordo, ma dalla trama interiore costruita che dà luoghi, immagini, forme e nuove storie.

Questo sentimento ci fa percepire come artefici di noi stessi e del nostro vissuto, presentandoci un'ennesima facoltà (o potere, come lo definisce Demetrio) cioè quella dell'*invenzione*; una variazione sul tema della creatività descritta da Winnicott e legata alla capacità di azione, decisione e scelta.

Superato il sentimento del *tenerci insieme* si passa a quello del *prendersi per mano*, metafora del distanziamento creativo che ci permette di osservare, analizzare la nostra vita come fosse quella di qualcun altro.

⁹⁰ E. Ládavas (a cura di), *La riabilitazione neuropsicologica*, Il Mulino, Bologna, 2012.

L'immaginario autobiografico, quello che si svela quando il soggetto si racconta ad altri inserendo a volte elementi fantasiosi, distorcendo i fatti o comunque proponendo un parziale punto di vista, è incoraggiante perché rende consapevoli della manipolabilità dell'esistenza.

La cura è quantomai antica e risaputa: ogni autobiografo celebre o modesto ha immaginato se stesso, a seconda degli intenti, ora nel peggior modo possibile, ora nel migliore, ora nella sua mediocrit .

In tutti i casi una fiction   stata e viene prodotta ogni volta.

La realt , quale essa sia, nel momento in cui viene descritta (...) cambia di registro. Assume un altro volto, che   quello della rappresentazione.

(...) Questa sorte di manipolazione inevitabile ci conferma in modo lampante che la via delle cose   sempre un riflesso della vita della mente e che, di conseguenza, la vita rappresentata con un codice qualsiasi   un'altra vita ancora.⁹¹

Staccarsi da se stessi implica una mutazione che moltiplica il soggetto e lo rende *altro da s *.

Nell'autobiografia l'unit  si disperde e prevale la ricerca della dissociazione fra le tre figure coinvolte: autore, protagonista e attore degli eventi descritti.

Scrivendo, anche scrivendo di s , si d  vita a un'altra figura che nonostante ci somigli, sar  comunque altro.

Quello della scrittura   un metodo sperimentato gi  dalla fine del XIX  secolo, non considerata come pratica clinica, ma   come cura per l'anima:   mezzo che permette

⁹¹ D. Demetrio, *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di s *, Raffaello Cortina, Milano, 1996, pp.53-54.

di prendersi cura di se stessi, teatralmente parlando aiuta a *essere in presenza*.

Proprio da Jerome Bruner⁹², già citato in precedenza, Demetrio fa derivare l'ultima caratteristica della scrittura, quella della *spersonalizzazione*.

Bruner sottolinea il paradosso del cercare di scrivere di se stesso, definendo l'impresa "disperata", poiché nel momento in cui si tenta di affrontare la questione appare chiaro che *i confini della personalità si dileguano come neve al sole*.⁹³

La spersonalizzazione si compie quando ognuno di noi è disposto a iniziare una ricerca interiore, occupandoci anche delle storie altrui, finalizzando il lavoro autobiografico alla realizzazione di un testo.

Il pensiero autobiografico prende forma per tenere insieme una vita in cui il passato è depositario della propria identità e il ricordo genera conforto, motivo per cui si impara già in giovane età a battersi contro l'oblio, quasi fosse una questione di sopravvivenza.

Ristabilire connessioni fra ricordi equivale a ricomporli.

Si tratta di una sorta di conquista che permette di apprendere da se stessi, in particolare dalle proprie esperienze passate, dalla cui associazione nascono significati: nessi, cause e collegamenti che possono spiegare un evento apparentemente singolare.

Lo scopo del lavoro autobiografico è proprio questo: ogni autobiografia scritta è nata perché l'autore necessita di attribuirsi un significato e presentarsi al mondo.

⁹² J. Bruner, *Autobiografia. Alla ricerca della mente*, Armando, Roma, 1997.

⁹³ Ibidem, p.288.

Capitolo 3

L'altro in me: la follia

1§ Siam folli o siam desti?

Nel capitolo precedente è stato preso in considerazione il cambiamento provocato dalla comparsa del morbo di Alzheimer, vissuto non solo dal malato, ma anche dalla cerchia di persone che ruotano intorno a esso.

Una fra le molte paure derivanti da questa condizione è quella che porta a non riconoscere più la persona; questo significa perdere qualcuno senza vivere un lutto e dover quindi imparare a entrare in un mondo mentale nuovo per potersi mettere in comunicazione col malato.

Se questa difficile condizione è legata solamente ad una parte della vita del soggetto, vi sono casi di persone che esperiscono costantemente il passaggio fra la realtà e un universo proprio, vivendo per tutta la vita in questa realtà parallela generata dalla loro mente: i folli.

Ma chi è il folle?

Idealmente si identifica la follia con una forma di vita e di vivere radicalmente estranea alla nostra concezione di normalità, caratterizzata da mancanza di adattamento nei confronti della società, quindi da: dissociazione, comportamenti ingiustificati, incapacità di comunicazione, aggressività, violenza, depressione.

Da un punto di vista medico, o meglio psichiatrico, non esiste il termine “follia”, sostituito dalla più generica accezione di *malattia mentale*, comprendente tutte le

psicopatologie affini alle psicosi.

Nel corso della storia le definizioni di follia sono state le più svariate e modificate in relazione al momento storico e culturale.

Per questo motivo è stato possibile considerare come sintomo della follia comportamenti o soggetti precedentemente considerati “normali” o viceversa.

All'oggi il simbolo sociale del folle ha lasciato il posto alla devianza: se prima *il matto* faceva parte della società e dell'immaginario collettivo come vero e proprio personaggio, attualmente evoca piuttosto un tempo passato legato all'internamento e al manicomio.

Eugenio Borgna, sapiente traduttore degli animi e delle fragilità umane, racconta i sentimenti dei pazienti incontrati nel suo percorso come psichiatra.

Questi sono comunicati non solo attraverso le parole, ma leggendo nei loro sguardi le inquietudini, i timori, la solitudine, le sofferenze di esistenze logorate in un'attesa quasi costante⁹⁴.

La follia viene raccontata nel suo lato meno clinico e più umano, palesando la capacità empatica e di ascolto che rimane l'unica strada per entrare in contatto con logiche così diverse da quella normalmente definita ragione.

Nei testi dell'autore emerge un inaspettato, ma fondato, rispetto per la sensibilità del malato

Nella quale (la follia), come nelle acque altalenanti di un lago immobile nel suo silenzio e nella sua trasparenza, si intravedono e riconoscono (talora dilatate e sfigurate, amplificate e radicalizzate) le emozioni antiche e le emozioni che oggi

⁹⁴ E. Borgna, *La fragilità che è in noi*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 2014; Id., *Il tempo e la vita*, Feltrinelli, Milano, 2015; Id., *Che cos'è la follia*, Luca Sossella Editore, Bologna, 2007.

*fanno parte della vita ma che nella vita quotidiana, divorata dalla noncuranza e dalla distrazione, non sono più rintracciabili: perdute nella insignificanza e nella mondanizzazione. Le emozioni riscoperte cambiano del resto le regioni tematiche della psichiatria.*⁹⁵

Le emozioni proprie del malato non sono altro che un'amplificazione di sentimenti già presenti in noi, come solitudine e senso di colpa, tristezza e angoscia, che diventano evidenti sul volto di chi la vive: occhi incavati nelle orbite, la bocca spalancata e le mani sulle orecchie, come per difendersi dagli spettri allucinatori della propria mente.

L'idea del folle è riassunta in un ideale sgretolarsi fisico e mentale, dove i punti di appiglio sono inesistenti o incomprensibili come anche le parole o le azioni compiute.

La persona malata non ha mai una valenza neutra all'interno della società: i sintomi del proprio malessere vengono letti all'interno delle convenzioni di una comunità che li valuta.

Le interpretazioni comunitarie della malattia, come segni e sintomi, sono le prime a costruire l'immagine della malattia stessa e del paziente che ne soffre.

Nei riguardi dei pazzi vige il pregiudizio, ingiusto e crudele, caratteristico di un'immagine molto differente rispetto ai disturbi di cui si occupa la psichiatria.

Da qui il problema della stigmatizzazione dei disturbi psichici, causa di fenomeni di emarginazione e svalutazione.

Gli effetti negativi derivanti dalla mancanza di prestigio sociale o riconoscimento sono evidenti e dimostrati, in particolare se il tipo di relazione che si instaura

⁹⁵ E. Borgna, *L'attesa e la speranza*, Feltrinelli, Milano, 2011, p.26.

istintivamente con un folle è basato su timore, rifiuto o diffidenza; porta *fatica di vivere* e isolamento, privazione dello sguardo altrui.

*Attendere è aspettare, come dicevo, e aspettare è guardare: guardare l'altro e attendere di essere guardati. L'attesa di uno sguardo, che dica qualcosa e dimostri attenzione (...), è ovviamente fra le attese più semplici e banali, e nondimeno quante volte in un ospedale psichiatrico, ma anche nella vita di ogni giorno, non siamo stati capaci, e non siamo capaci, di riconoscere il senso doloroso e nostalgico di un'attesa come questa e di esaudirla.*⁹⁶

La malattia psichica modifica il modo di vivere e per questo è uno dei luoghi dove la fragilità umana si riconosce chiaramente, nonostante i sintomi; proprio a questa fragilità bisogna guardare per ritrovare l'umanità nella follia.

Borgna rimanda spesso alla svalutazione dei valori della fragilità, sensibilità e di tutte le relative declinazioni come delicatezza, malinconia o timidezza.

Tutte queste emozioni hanno assunto nella contemporaneità il significato di debolezza, mentre sono parte fondamentale della vita umana.

Con fragilità si intende qualcosa di delicato che si rompe facilmente, o meglio, bruscamente senza aver dato precedenti segni di cedimento, proprio come la psiche e il corpo del folle.

Borgna⁹⁷ riporta un passo di Monique Selz⁹⁸, la quale tratta il corpo del malato e le ferite causate da chi cura.

L'autrice ricorda quanto sia scontata la mancanza di rispetto per il pudore dei malati

⁹⁶ Ibidem, p.72.

⁹⁷ E. Borgna, *La fragilità che è in noi*, Einaudi, Torino, 2014.

⁹⁸ M. Selz, *Il pudore. Un luogo di libertà*, Einaudi, Torino, 2005.

considerando la mancanza di umanità negli ospedali, quasi come se la medicina avesse dimenticato di avere a che fare con pazienti che sono innanzitutto persone.

Selz denuncia la strumentalizzazione del corpo, la mancanza di comunicazione fra medico, pazienti e relative famiglie, che porta a lasciare da parte gentilezza, accoglienza e rispetto del dolore.

Borgna scrive della follia non solo come di una malattia umana, ma anche come di un'esperienza storica e sociale: è una possibilità umana latente in ciascuno di noi e inseparabile dall'uomo, contrariamente alle normali malattie; *non c'è follia nel regno animale*.

Non è possibile curare la malattia mentale nella semplice forma farmacologica, servono attenzione, ascolto e umanità, quella che l'autore definisce *comunità di cura*, ovvero una forma di vicinanza umana e solidarietà che ci coinvolge tutti, non solo i medici, capace di donare speranza.

Speranza donata anche con le parole, potente mezzo capace di avvicinare, unire, rincuorare, ma anche ferire.

Soprattutto in psichiatria, nelle relazioni fra medico e paziente, la fragilità è strettamente connessa alle parole, capaci di rispettarne o lacerarne le dignità.

Come già scritto riguardo la comunicazione della diagnosi di Alzheimer a un familiare, le parole utilizzate dal medico influiscono significativamente sulla reazione e possono o meno recare aiuto e supporto; lo stesso accade con i malati psichiatrici.

Non è fondamentale soltanto un attento uso delle parole, ma anche del silenzio, importante, comunicativo e intimo a volte più delle parole stesse, da ascoltare e non interrompere.

Rispetto e umanità come primi elementi per instaurare una relazione, non solo nella normalità, ma in particolare per affrontare e superare i pregiudizi legati alla condizione del malato.

Il folle è divenuto nei secoli rappresentante involontario di molte paure dell'uomo, in primis come figura incarnate l'alterità più lontana e incomprensibile: quella della mente.

Proprio in quanto rappresentante di questo particolare tipo di alterità, è divenuto simbolo capace di affascinare e generare interesse e curiosità.

1.1§ Follia e società: i “matti” e i manicomi

La follia è da sempre presente nella storia dell'uomo, investita di ruoli diversi.

Utilizzando come guida l'iter storico della follia raccontato da Michel Foucault⁹⁹, vediamo coincidere nei lebbrosari il primo “spazio” (o luogo) proprio dei folli, ampiamente diffusi già dal XII° secolo.

L'ingente numero di queste strutture venne gradualmente a ridursi, data la graduale diminuzione di casi di lebbra veri e propri; per questo motivo le strutture vennero convertite ad altri scopi, ad esempio a strutture ospedaliere.

Infatti nella prima metà del XVI° secolo i lebbrosari accolgono anche altre figure, ben lontane da quelle a cui la struttura era destinata: malati incurabili e folli.

Il legame col fenomeno dei lebbrosi è rilevante poiché in entrambi i casi si tratta di malattie tramutatesi in un fatto sociale, tanto da aver generato una paura secolare deumanizzante che ha portato a escludere e allontanare i malati.

⁹⁹ M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, BUR, Milano, 1999.

Poveri, vagabondi, corrigendi e “teste pazze” riassumeranno la parte abbandonata del lebbroso e vedremo quale salvezza ci si aspetta da questa esclusione, per essi e per quelli stessi che li escludono. Con un senso tutto nuovo e in una cultura molto differente, le forme resisteranno: soprattutto quella importante di una separazione rigorosa che è esclusione sociale ma reintegrazione spirituale.¹⁰⁰

Inizia a crearsi un vero e proprio luogo sociale per la categoria dei folli, relegati ai margini della società e pronti a incarnare un nuovo personaggio nella scena del mondo: nasce così la figura del *matto*.

Foucault ricorda la *Narrenschiff*¹⁰¹, la “Nave dei folli” nata dall'immaginario rinascimentale, reale invenzione dal sapore mitico: si tratta di battelli che trasportavano pazzi lungo il fiume della Renania e dei canali fiamminghi.

I folli venivano spesso allontanati dalle città, abbandonati a vagabondare per le campagne e spesso affidati a battellieri.

L'alternativa era la prigione, come nel caso citato da Foucault della città di Norimberga.

Come fa notare l'autore, la figura della Nave dei folli assume i caratteri della metafora dell'infinito errare del malato di mente, costretto a vivere la propria esclusione in una prigione che naviga nella più aperta delle strade, senza poter sperare in un porto d'arrivo.

Il XV° secolo porta con sé le prime inquietanti visioni del pazzo, nate dall'incontro sociale, culturale e intellettuale con questa nuova forma di (dis)umanità.

Una volta superato questo momento storico, la follia inizia ad essere letta non più

¹⁰⁰ M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, BUR, Milano, 1999, p.14.

¹⁰¹ S. Brant (1494), *La nave dei folli*, Spirali, Milano, 2003.

come evento al limite del mitico, ma concentrandosi sull'aspetto propriamente critico e umano.

Ai battelli che trasportavano i folli si sostituiscono le strutture ospedaliere, l'internamento si sostituisce all'imbarco; la follia entra a far parte del mondo della ragione, diviene unità misurabile e assume il suo posto nella ricerca della verità.

Compaiono gli *Hôpital des fous* a inaugurare un XVII° secolo nato da un mondo fin troppo ospitale nei riguardi della follia la quale, nel frattempo, ha assunto un profilo ben delineato nel paesaggio sociale: sono nate figure come Nicolas Joubert, detto Principe dei Pazzi o Bluet D'Arbères, il Conte del Permesso, autore di opere animate da una presunta ispirazione divina o angelica.

Il folle è portatore di duplicità: nasconde e svela, è ombra e luce.

A segnare una svolta sarà il XVII° secolo, momento storico che porterà al definitivo esilio della follia.

Come afferma Foucault

(...) la follia viene posta fuori dal dominio di pertinenza nel quale il soggetto detiene i suoi diritti alla verità: quel dominio che per il pensiero classico era la ragione stessa. Ormai la follia è esiliata.

Se l'uomo può essere folle, il pensiero, come esercizio della sovranità da parte di un soggetto che si accinge a percepire il vero, non può essere insensato.

Viene tracciata una linea di separazione che renderà ben presto impossibile l'esperienza (...) di una Ragione sragionevole e di una ragionevole sragione.¹⁰²

Questo secolo vede la nascita di numerose case di internamento, in particolare in

¹⁰² M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, BUR, Milano, 1999, p.53.

Francia dove, in brevissimo tempo, un parigino su cento vi si trova rinchiuso.

I motivi dell'internamento andavano da *lettres de cachet*, lettere con ordinanze firmate direttamente dal Re, ad arbitrarie misure di imprigionamento negli Hôpital o nelle Case di Correzione, unico luogo adibito al folle a cui veniva imposto come luogo naturale.

Un punto di riferimento storico è il 1656, data di fondazione dell'Hôpital Général a Parigi¹⁰³.

Questa struttura avrebbe dovuto, come tanti altri in quel periodo, accogliere, alloggiare e nutrire coloro che si presentavano di propria volontà o inviati da autorità reale o giudiziaria.

L'Hôpital era gestito da direttori nominati a vita, detentori di un potere assoluto sulle strutture; erano soliti pagare un medico per visitare le case dell'Hôpital due volte a settimana.

Tale struttura appare più simile a un carcere, un complesso semigiuridico, che non a un'istituzione medica.

È in realtà un'entità amministrativa indipendente rispetto all'autorità sovrana, con compito di gestire e decidere giuridicamente per i propri ospiti; un vero stato di potere.

Parallelamente si sviluppano altre strutture gestite dall'autorità della Chiesa che crea organizzazioni simili all'Hôpital: entrambi, apparentemente luoghi di assistenza, divengono una forma mascherata di prigione, un ghetto per gli esclusi.

L'internamento è specchio di una nuova reazione sociale a tutto ciò che vi è di inumano: il malato non è padrone della propria esistenza ed è quindi privato della

¹⁰³ In Inghilterra le origini dell'internamento sono più remote. Un atto del 1575 che concerneva la "punizione dei vagabondi e il sollievo dei poveri" prescrive la costruzione di "House of correction", in ragione di almeno una per contea. - Ibidem, p.59.

propria libertà, costretto ad affidarsi a una assistenza sociale che ha poco a che fare con la misericordia o la carità cristiana.

La follia è come *desacralizzata*: se nel Medioevo¹⁰⁴ il folle era una figura familiare nel paesaggio umano, nel XVII° secolo diviene questione amministrativa da gestire ufficialmente.

Insieme ai malati mentali vengono internati poveri, mendicanti, disoccupati, empi, eretici, libertini, omosessuali, colpevoli di lussuria, definiti folli in quando esterni ai limiti consacrati dall'etica dell'ordine borghese.

La nuova società modifica ben presto l'istituzione meramente punitiva: gli ospiti delle strutture vengono ora marchiati, frustati e maltrattati.

Per rispondere a un'esigenza derivata dalle crisi economiche, le strutture analoghe all'Hôpital passano da reclusione e repressione alla riabilitazione: tutti gli internati devono lavorare, per una paga che non garantisce spesso la sopravvivenza del singolo, ma garantisce agli imprenditori produttiva manodopera a basso costo.

Senza soffermarsi sui risvolti sociali, economici e politici del fatto, è sufficiente accennare a questo cambiamento di rotta per sottolineare che sotto il termine *folli* vengono accomunati soggetti che non hanno nulla a che fare con la malattia mentale effettiva, ma sono tali agli occhi della società che trasforma la follia in una classe.

In questo momento storico si assiste a importanti interventi mirati a rielaborare la strutturazione stessa delle residenze che ospitano i pazienti psichiatrici.

Rimane il fatto che i folli e gli asociali vengono allontanati, ghettizzati in un piccolo mondo con regole proprie, gesto che crea alienazione in un circolo di perpetua follia: quante persone internate, da quest'epoca fino a un futuro ormai prossimo, non sono

¹⁰⁴ N. Guglielmi, *Il Medioevo degli ultimi. Emarginazione e marginalità nei secoli XI – XVI*, Città nuova, Roma, 2001.

cl clinicamente folli al momento dell'internamento, ma l'esclusione, la mancanza di ascolto, oltre ai maltrattamenti, la privazione di credibilità e dignità, li porta a impazzire.

Sviluppandosi anche nel corso del secolo successivo, si viene a formare una esperienza morale della *sragione* che diverrà base della coscienza scientifica della malattia mentale.

Sragionare nel XVIII° era garanzia di internamento, garanzia che vacilla nella mente dell'uomo moderno che smette di capire che cosa sia la follia, mettendo in dubbio le stesse leggi sull'internamento.

Nel XIX° secolo Royer-Collard si fa portavoce della sragionatezza della correzione per un'unità di soggetti chiusi nella definizione di “folle”, in realtà declinabile con quelle di vizioso o immorale, ma certamente lontano dalla malattia; diviene insensata l'idea di reprimere il vizio *in una casa consacrata alla cura*¹⁰⁵.

Questo è il secolo in cui si inizia non solo a mettere in discussione il ruolo e l'operato delle strutture come gli Hôpital, ma anche le basi scientifiche e diagnostiche della follia, partendo dall'idoneità e dalle conoscenze mediche a giustificazione delle diagnosi.

Le motivazioni che i medici adducevano all'internamento erano la messa in dubbio delle capacità del soggetto di diritto o il comportamento dell'uomo sociale; per questo motivo la storia dei folli, patologicamente tali, finì a camminare parallelamente con quella dei “folli sociali”.

Nel XIX° e successivamente nel XX° secolo gli interrogativi sulla follia hanno assunto coscienza analitica, nel tentativo di spiegarne le forme, i fenomeni e i modi di apparizione

¹⁰⁵ M. Foucault, *Follia e psichiatria. Detti e scritti (1957 – 1984)*, Raffaello Cortina, Milano, 2006.

*Qui la follia non è più che la totalità almeno virtuale dei suoi fenomeni; non comporta più rischi, non implica più separazioni; non suppone neppure altro arretramento se non quello che è richiesto da qualsiasi oggetto di conoscenza. È questa forma di coscienza che fonda la possibilità di un sapere oggettivo della follia.*¹⁰⁶

Per quanto possa apparire anomalo è proprio nell'era dell'internamento che inizia a prendere forma l'idea della cura come pratica, la riflessione su determinati effetti delle cure sui pazienti e se tali conseguenze siano proprie della malattia o risultati prodotti provvisoriamente.

Siamo agli albori di quello che diverrà argomento proprio del territorio clinico fatto di osservazione, anche di internamenti in senso ospedaliero, di un dialogo fra folle e medico che acquisirà anche un proprio vocabolario da Philippe Pinel¹⁰⁷ a Sigmund Freud¹⁰⁸.

Alla fine del XVIII° secolo era luogo comune ritenere che alcune forme di malattia mentale fossero diagnosticabili partendo dall'aspetto fisico del paziente, tanto da diventare elemento proprio della medicina che presenta illustrazioni del malato con determinate caratteristiche fisiche peculiari.

Pinel nel suo Trattato¹⁰⁹ del 1801 allegò una tavola che illustrava l'aspetto della malattia mentale in due pazienti: le immagini permettevano al lettore di osservare i

¹⁰⁶ M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, BUR, Milano, 1999, p.171.

¹⁰⁷ P. Pinel (1801), *Traité medico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Edizione italiana G. Kantzás. - P. Kantzás (a cura di), *Trattato medico filosofico sull'alienazione mentale*, ETS, Pisa, 1988.

¹⁰⁸ S. Freud, *La teoria psicoanalitica. Raccolta di scritti 1911-38*, Bollati Boringhieri, Torino, 2014; Id. (1900), *L'interpretazione dei sogni*, Bollati Boringhieri, Torino, 2011; Id., *Il disagio della civiltà e altri saggi*, Bollati Boringhieri, Torino, 1977.

¹⁰⁹ P. Pinel (1801), *Traité medico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Edizione italiana G. Kantzás. - P. Kantzás (a cura di), *Trattato medico filosofico sull'alienazione mentale*, ETS, Pisa, 1988.

casi descritti rendendo immediata la connessione malattia-aspetto fisico, dando a un'ipotesi l'evidenza di un fatto.

Dall'inizio del XIX° secolo le illustrazioni della pazzia vennero introdotte nelle opere mediche sulla malattia mentale in un ennesimo tentativo di organizzare e classificare tali forme di malattie, con la conseguente comparsa della frenologia di Franz Josef Gall¹¹⁰ e gli studi di fisiognomica di Cesare Lombroso¹¹¹.

Pinel, dato il radicale empirismo delle sue ricerche, sostenne che il medico deve muoversi da una definizione oggettiva della malattia o da una diagnosi classificatrice, assumendo il ruolo di Padre o Giustiziere, che permette di donare alla sua presenza e alle sue parole un potere quasi taumaturgico.

Con queste parole mise in risalto un aspetto fondamentale della malattia, cioè il rapporto medico/paziente.

La figura del medico mantiene comunque il suo ruolo dominante: è presenza che trasforma un luogo in “spazio medico”, assumendo più un ruolo morale che non scientifico, voce prima, autoritaria e assoluta nel mondo dell'asilo.

Per quanto sia andato sostituendosi il ruolo di medico curante, rispetto a quello di “dominatore dei folli”, rimane la figura giudicante, portatrice di benessere o di dolore che fortemente influenza lo stato del paziente, verso cui ha una responsabilità non solo medica, ma morale.

Con lo sviluppo della psichiatria e il procedere del positivismo, la pratica diventa sempre più difficile, oscura, incomprensibile e il potere dello psichiatra si avvicina sempre più al miracolo.

¹¹⁰ M. Duichin – G. P. Lombardo, *Frenologia, fisiognomica e psicologia delle differenze individuali di Franz Joseph Gall. Antecedenti storici e sviluppi disciplinari*, Bollati Boringhieri, Torino, 1997.

¹¹¹ M. Gibson, *Nati per il crimine. Cesare Lombroso e le origini della criminologia biologica*, Mondadori, Milano, 2004.

Freud demistificò la struttura dell'asilo, abolì il silenzio, lo sguardo, togliendo la follia da quell'edificio di specchi che imponeva una costante conferma di se stessa, rinchiusa in un mondo tanto reale quanto interiore, senza via d'uscita.

Egli sfruttò appieno l'aura che illumina la figura del medico, amplificando le sue capacità, rendendolo unico giudice, specchio in cui la follia *s'innamora e si disamora di se stessa*.

Il medico e il suo ruolo alienante restano forse la chiave della psicanalisi.

*Cosa dicevano quegli occhi e quegli sguardi: quali attese e quali speranze in essi? Salutavano il nuovo medico che iniziava il suo servizio in ospedale: non mi conoscevano ma le ali radenti della intuizione facevano loro cogliere immediatamente questo fatto e questa realtà. Illusioni e speranze, ansie e inquietudini, bagliori e fantasmagorie si accendevano e poi smorivano nei cuori delle pazienti (...).*¹¹²

Con la costante sensibilità che caratterizza la sua esposizione, Eugenio Borgna descrive così il primo incontro con le pazienti dell'ospedale psichiatrico di Novara, mettendo in risalto i sentimenti dei pazienti, con relative speranze, attese e timori nei riguardi del medico.

Dopo la seconda guerra mondiale le percezioni della malattia mentale oscillarono: vi fu un'iniziale reazione ai modelli della malattia mentale cari alla psicoterapia psicoanalitica tradizionale.

La malattia mentale iniziò a prendere la connotazione di *prodotto della società* negli

¹¹² E. Borgna, *L'attesa e la speranza*, Feltrinelli, Milano, 2011, p.21.

studi di Thomas Szasz¹¹³ e Ronald D. Laing¹¹⁴, oppure si legò la psichiatria a un orientamento biologico, che portò a percepire la malattia mentale come un semplice prodotto della biologia.

Il manicomio comunque non sparì, in Italia almeno fino al 13 maggio del 1978 con la legge 180, o legge Basaglia, con cui si definì la chiusura dei manicomi e venne regolamentato il TSO (trattamento sanitario obbligatorio)¹¹⁵.

Fino a quella data i manicomi mantennero in buona parte la propria connotazione di luoghi adibiti a contenimento sociale; successivamente i *matti* iniziarono a svanire dal panorama sociale collettivo.

Senza i manicomi rimangono solo i malati, soggetti mentalmente disturbati, inseriti silenziosamente nel panorama sociale e, forse, di nuovo relegati all'esclusione.

Il tentativo di normalizzare malattia mentale come semplice malattia a cui è dedicato un reparto ospedaliero, rende il folle ancora più lontano e spaventoso quando si rivela al mondo.

1.2§ Allucinazioni, un esempio

Come già espresso in precedenza, la definizione di malattia mentale è legata a una serie di sintomatologie espresse dal soggetto ritenuto *a rischio*.

Uno dei sintomi che vengono intesi come propri dello stato della follia sono le allucinazioni.

¹¹³ F. Cordato, *Thomas Szaz. La critica psichiatrica come forma bioetica*, Alboversorio, Senago (Mi), 2013.

¹¹⁴ R. D. Laing, *L'io diviso. Studio di psichiatria esistenziale*, Einaudi, Torino, 2001.

¹¹⁵ F. Basaglia – F. O. Basaglia (a cura di), *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino, 2014; M. Morello, *I malati di mente dalla legislazione preunitaria alla legge Basaglia*, Aras Edizioni, Fano, 2012.

La comparsa dell'elemento allucinatorio pone il soggetto che lo ha esperito in allarme, ovviamente in relazione alla portata dell'evento: piccole allucinazioni vengono spesso scambiate per errori, sogni ad occhi aperti, generalmente lasciano un breve istante interdetti per poi essere relegati nel “mi sarò sbagliato”.

In casi di allucinazioni evidenti o durature, il soggetto è immediatamente portato a pensare a uno stato di malattia o follia.

Oliver Sacks¹¹⁶ scrive riguardo a questa *espressione della nostra mente* legata alla follia nel senso comune, ma in realtà propria dell'uomo in numerosissimi casi e non sempre legati alla malattia.

Vi sono casi in cui le allucinazioni non sono solo vissute soggettivamente, ma socialmente condivise.

Quando la parola “allucinazione” entrò nell'uso, al principio del Cinquecento, indicava semplicemente un vaneggiare, una “mente errante”. Fu solo negli anni Trenta dell'Ottocento che Jean-étienne Esquirol, uno psichiatra francese, diede al termine il significato attuale: prima di allora (...) erano indicate, semplicemente, come “apparizioni”. Le definizioni precise della parola “allucinazione” variano ancora oggi in modo considerevole, soprattutto perché non è sempre facile discriminare dove si trovi il confine tra allucinazione, mispercezione e illusione. In genere però le allucinazioni sono definite come percetti che hanno origine in assenza di una qualsiasi realtà esterna: si tratta insomma di vedere, o di udire, cose che non ci sono.¹¹⁷

¹¹⁶ O. Sacks, *Allucinazioni*, Adelphi, Milano, 2013.

¹¹⁷ Ibidem, p.11.

Generalmente le allucinazioni tendono ad allarmare non solo per il loro contenuto, spesso disturbante o pauroso, ma per l'assenza di logicità e “normalità” e per la mancanza di validazione consensuale.

Rendersi conto che nessun altro vive ciò che noi stiamo vivendo, genera panico poiché tale percezione è soltanto “nella mia testa”.

Le allucinazioni *escono* dalla nostra testa e vengono proiettate nello spazio esterno¹¹⁸ negandoci ogni capacità di azione su esse, come invece accade per l'immaginazione. Possono manifestarsi in moltissimi casi: emicrania, epilessia, CBS, Parkinson, schizofrenia, Alzheimer o intossicazione da sostanze; possono presentarsi anche a causa di una semplice febbre alta o in fase REM.

Uno dei primi casi documentati da un punto di vista medico-scientifico fu quello di Charles Bonnet, naturalista del XVIII° secolo e scopritore della sindrome che porta il suo nome.

Sulla scia del *sensismo* derivante dal pensiero lockiano¹¹⁹, secondo cui la mente rimane tabula rasa finché non riceve informazioni dai sensi, Bonnet considera il cervello come un insieme di organi diversi dalla composizione complessa, ciascuno con una specifica funzione.

Egli iniziò a interessarsi al tema allucinatorio quando divenne un problema di famiglia: il nonno, anziano e con problemi alla vista, iniziò a soffrirne.

Bonnet attribuì le allucinazioni del nonno al persistere di un'attività residua che attinge della memoria quanto non riesce più ricavare dalla sensazione.

La CBS (Charles Bonnet Syndrome) indica la comparsa di allucinazioni complesse

¹¹⁸ Con “esterno” comprendo anche le pseudoallucinazioni, nonostante vengano visualizzate solo all'interno delle palpebre, le allucinazioni auditive oppure olfattive. Queste ultime hanno le caratteristiche proprie dell'allucinazione proiettata nello spazio esterno; sono incontrollabili, involontarie, bizzarre e molto dettagliate.

¹¹⁹ J. Locke, *Saggio sull'intelletto umano*, La Scuola, Brescia, 2005.

in un soggetto, generalmente anziano, privo di disturbi mentali, ma con problemi a livello visivo.

La sindrome è all'oggi molto rara e le allucinazioni che ne derivano sono generalmente descritte come piacevoli, positive e divertenti.

Vi sono comunque casi in cui, a volte anche conseguentemente a traumi o squilibri emotivi del soggetto interessato, le visioni divengono inquietanti.

Questo tipo di sindrome è particolare e significativa in quanto da sola comprende alcune caratteristiche di vari casi di allucinazioni: a volte possono presentarsi come risposta del cervello alla mancanza o alla menomazione di un organo di senso (capacità compensatoria), come nel caso dei problemi alla vista.

In questi casi si manifestano a soggetti che non soffrono di malattie mentali cliniche, a dimostrazione del fatto che le allucinazioni non si presentano soltanto come sintomi propri della follia.

In più questo particolare tipo di allucinazione mantiene la conservazione dell'*insight*, cioè la consapevolezza della sua non-realtà; può generare un momento di confusione, ma non porta mai al persistere della falsa idea che l'allucinazione sia reale.

Le allucinazioni hanno avuto un ruolo importante non solo come elemento distintivo di malattia o pazzia, ma anche come elemento culturale, come dimostrano arte, folklore e religione.

In alcune culture le allucinazioni vengono considerate come stato di coscienza speciale e privilegiato, perseguito tramite pratiche spirituali, meditazione, isolamento e droghe; vi è quindi una connotazione ben lontana da quella negativa propria dell'occidente.

Nonostante ciò già dalla fine del 1800 gli occidentali iniziarono a testare l'effetto

allucinatorio di mescal e peyote per poi arrivare a una sensibile diffusione dell'oppio, che divenne elemento di distinzione nella cerchia degli artisti o degli intellettuali dell'epoca.

Immediato è il rimando ai Bohémiens parigini del XIX° secolo, al consumo di droghe e alcol, come nel caso della *Fata verde* (assenzio) divenuto simbolo di questo gruppo di artisti.

Come sottolinea Sacks¹²⁰, l'uomo ha necessità diverse rispetto al semplice sentimento di sopravvivenza proprio degli animali.

Esistono sono bisogni irrazionali che rendono insufficiente il vivere alla giornata: serve evasione, trascendenza, estasi oltre al desiderio di scoprire il proprio limite e magari provare ad andare oltre.

Questo tipo di distacco può mutare in curiosità scientifica, dove telescopi e microscopi diventano mezzi per scoprire aspetti della realtà normalmente nascosti alla vista oppure utilizzando le nuove tecnologie.

Un'altra possibilità è quella di sperimentare nuovi stati mentali che permettano di viaggiare in altri mondi e trascendere la realtà circostante: in questi stati vengono meno i vincoli temporali, si allentano le inibizioni e si sperimentano momenti di estasi che rendono più sopportabile la limitata condizione mortale.

Riguardo lo stato alterato dato da droghe e alcol, molto è stato scritto in letteratura, un esempio è certamente William James¹²¹ che dimostrò profondo interesse per alcol e altre sostanze inebrianti

Scrisse a riguardo nel suo libro del 1902, dove raccontò le proprie esperienze di trascendenza con il protossido di azoto.

¹²⁰ O. Sacks, *Allucinazioni*, Adelphi, Milano, 2013.

¹²¹ W. James (1902), *Le varie forme dell'esperienza religiosa*, Morcelliana, Brescia, 1998; Id. (1907), *Pragmatism. A New Name for Some Old Ways of Thinking*, Perennial Press, 2016, eBook.

(...) vedo che tutte queste esperienze convergono verso un tipo di visione alla quale non posso evitare di ascrivere un qualche significato mistico. La nota dominante ne è invariabilmente la riconciliazione. È come se gli opposti del mondo, (...) fossero fusi in unità (...) per me il senso vivente di questa realtà compare soltanto nello stato mistico artificiale dello spirito.¹²²

La trascendenza di cui parla James è raggiungibile anche attraverso la meditazione, la preghiera o con esercizi spirituali.

Le droghe appaiono però più allettanti perché offrono qualcosa in più: una scorciatoia, non priva di conseguenze, che promette la trascendenza richiesta in tempi relativamente brevi; il segreto sta nell'azione delle sostanze chimiche in esse contenute, che stimolano molte funzioni cerebrali complesse.

La diffusione delle droghe in epoca moderna, in particolare con l'avvento delle droghe sintetiche e la nascita di uno specifico mercato, ha unito le ispirazioni elevate degli artisti ad altre, meno elevate, legate alla semplice necessità di evasione, trasgressione o noia, più pericolosa delle precedenti.

Le droghe sono vissute come una possibilità: l'uomo normale, lontano dal mondo delle malattie mentali, può sperimentare con esse un frammento della vita del pazzo attraverso l'esperienza allucinatoria.

In realtà essa è propria della normalità stessa e più frequente di quanto si immagini.

¹²² Id., *Le varie forme dell'esperienza religiosa*, Morcelliana, Brescia, 1998, pp.334-335.

In tutte le epoche si trovano rappresentazioni del malato o della malattia, spesso attraverso le immagini (pittura o fotografia) oppure in letteratura, la cui codificazione è spesso difficile e intricata.

A tale proposito è necessario valutare il livello della costruzione sociale delle categorie di malattia e considerare il livello di interiorizzazione di queste immagini nei potenziali pazienti.

Il paziente è inteso come *contenitore della malattia*, quindi estensione e rappresentazione umana della malattia stessa.

La malattia è percepita come casuale ed è uno degli aspetti non determinabili dell'universo che vogliamo tenere lontano da noi stessi; si è quindi istintivamente portati a costruire una barriera con i rappresentanti della malattia stessa.

Essa porta con sé la paura del crollo, di dissoluzione, tanto da far temere un contagio che rischia di contaminare il nostro equilibrio e la nostra normalità.

Tale paura, interna e soggettiva, viene proiettata fuori di noi, nel mondo e collocata su entità reali che è possibile allontanare fisicamente¹²³.

La tendenza ad allontanare si tramuta a volta in tentativi mirati ad affrontare la paura generata dalla perdita di controllo.

Un modo per avvicinarsi al mondo della malattia e ai suoi rappresentanti, si concretizza in strutture artificiali a base fantastica che donano conforto, alcune delle quali sono costituite dalle convenzionali forme d'arte; l'arte rappresenta la nostra capacità di controllare la realtà.

¹²³ A. Canevaro – A. Chierigatti, *La relazione d'aiuto. L'incontro con l'altro nelle professioni educative*, Carrocci, Roma, 2015.

In questo caso specifico vi è una particolare tradizione artistica che propone un'immagine antropomorfizzata della malattia, categoria su cui proiettiamo il senso della nostra eventuale caduta.

Ritratti di sofferenti, pazienti, folli permettono di analizzare l'immagine di questi soggetti, dando una definizione chiara e precisa degli elementi che descrivono la malattia e i suoi limiti.

Le immagini si collocano in categorie di rappresentazione culturalmente accettate e, in quanto tali, vengono considerate come interpretazione artistica, ma valida, di rappresentazione del mondo.

Proprio le strutture convenzionali dell'arte permettono di vivere

*(...) una sorta di carnevale durante il quale fantastichiamo sull'eventualità di perdere il controllo, e magari ci dilettiamo con la paura che questo ci suscita internamente, perché comunque continuiamo a credere che questa paura non nasca direttamente da noi.*¹²⁴

Le rappresentazioni artistiche della malattia non sono soggette a mutamenti, forniscono un elemento di stabilità che permette la comprensione del mondo, sono immagini fisse e sempre esterne al nostro senso d'identità.

La malattia è l'esatto contrario: rappresenta la vera perdita di controllo che tramuta la sanità in quello spaventoso *Altro* che abbiamo sempre temuto.

Vi è una continuità fra le rappresentazioni della malattia e la possibilità di rendere inoffensivo qualcosa che spaventa: il mondo considerato proprio del malato, del pazzo è in realtà un riflesso del nostro senso di controllo e dei limiti intrinseci di

¹²⁴ S. L. Gilman, *Immagini della malattia. Dalla follia all'AIDS*, Il Mulino, Bologna, 1993, p.13.

quest'ultimo.

Ogni tipo di rappresentazione riflette i vincoli sociali e le implicazioni legate alla scelta del mezzo che determini la nuova immagine della malattia; questo risulta evidente se consideriamo i mutamenti di paradigma nella storia e della contraddittorietà dell'iconografia stessa del paziente.

Gli elementi che definiscono l'inclusione nella cerchia a rischio possono essere facilmente attribuibili e non sempre coincidono con la diagnosi clinica di malattia mentale: chiunque aderisca alla categoria compresa nell'immagine della malattia è costretto a dimostrare la propria sanità.

Dal tardo Medioevo si iniziarono a produrre immagini della malattia spesso legata al sentimento di *melanconia* e alla figura femminile, percepita come più incline agli eccessi degli stati emozionali.

Anche nell'iconografia, quando venivano ritratti soggetti maschili affetti da melanconia, apparivano con caratteri *passivi*, cioè femminili.

Il modo di categorizzare il folle proprio di quest'epoca, come anche del successivo Rinascimento, trae origine dalla necessità di isolare e identificare i *diversi*.

Il bisogno di contenere il malato di mente all'interno di una struttura che lo isolasse dal resto del mondo, fa nascere il mito del *matto*.

Foucault racconta dei pazzi relegati su battelli erranti, ricordando come questa immagine aderisca alla vicenda di Tristano¹²⁵ che, travestito da pazzo, si lasciò gettare da alcuni battellieri sulla costa della Cornovaglia.

Dalla fine del Medioevo il folle ha un suo posto di rilievo nella letteratura a partire proprio da *La nave dei Folli*¹²⁶, oltre che nei racconti di favole morali e anche nel

¹²⁵ J. Bédier, *Le Roman de Tristan et Iseut*, 1900 trad. it. *Il Romanzo di Tristano e Isotta*.

¹²⁶ S. Brant, *Das Narrenschiff*, 1494.

teatro: nella farsa nasce il personaggio del Folle declinato nello Sciocco o, contrapposto, identificato con colui che detiene la verità.

*Se la follia trascina ognuno in un accecamento senza scampo, il folle al contrario ricorda a ciascuno la sua verità; (...) egli dice, col suo linguaggio da grullo e che non ha aspetto di ragione, le parole della ragione che sciolgono la commedia: egli dice l'amore agli innamorati, la verità della vita ai giovani, la mediocre realtà delle cose agli orgogliosi, agli insolenti e ai bugiardi.*¹²⁷

Nell'immaginario collettivo il pazzo possiede in maniera intatta un sapere inaccessibile all'uomo di ragione, il quale percepisce il sapere solo in modo frammentario e quindi inquietante.

A fine XV° secolo la derisione della follia scavalca il tema della morte, fino ad allora sovrana: entrambe specchio dello stesso sentimento di inquietudine, *il nulla dell'esistenza*, mostrano come l'uomo abbia vissuto nella follia di non vedere l'avvicinarsi della morte, mentre ora il folle *ride in anticipo del riso della morte*.

La follia compare anche nell'iconografia legandosi all'onirico, alle paure interiori, ai demoni, fermi nell'attesa di uscire nel mondo.

Così nel Rinascimento la follia è sinonimo di malvagio, in particolare di tutto ciò che nell'uomo vi è di malvagio; in realtà se la follia è legata a qualcuno in particolare questi è l'uomo con tutte le sue debolezze, i suoi sogni e le sue illusioni.

Nel suo mostrarsi al mondo la follia assume due forme: quella tragica e quella critica. La follia detiene una forza rivelatrice, capace di mostrare la *tragica follia del mondo*, contrapposta alla consapevolezza della follia come prodotto umano, giustificata solo

¹²⁷ M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, BUR, Milano, 1999, p.21

dalla coscienza critica dell'uomo.

Da qui si crea l'indissolubile unione con la ragione: una è misura dell'altra in un continuo riferimento reciproco.

Forse, come specifica Foucault¹²⁸, è proprio in questa unione che sta il motivo della sua presenza nella letteratura di fine XVI° e inizio XVII° secolo: arte che nello sforzo di dominare questa forma di ragione in cerca se stessa, riconosce la presenza della follia, o meglio della *sua* follia.

Nel XVIII° secolo, con la comparsa della fisiognomica come metodo di individuazione del folle elaborato da Johann Lavater¹²⁹, l'immagine del folle cambiò un'ennesima volta, venne formalizzata e resa mezzo proprio della scienza: se prima si trattava di semplice iconografia, dal 1700 divenne elemento ufficiale di diagnosi.

L'iconografia del malato mentale cambiò di nuovo attorno al 1850 con l'introduzione della fotografia, sviluppatasi quasi contemporaneamente in Francia e Gran Bretagna a partire dal 1830.

Hugh W. Diamond¹³⁰ sottolineò le tre aree in cui la fotografia avrebbe potuto essere usata come ausilio per la diagnosi e il trattamento del malato di mente.

Essendo registrazione obiettiva e accurata della fisionomia del paziente, iniziò ad essere utilizzata per catalogare sviluppo di psicopatologie, tanto da essere considerata da Diamond un *raffinamento sostanziale delle forme d'illustrazione psichiatrica precedenti*.

¹²⁸ Id., *Follia e psichiatria. Detti e scritti (1957 – 1984)*, Raffaello Cortina, Milano, 2006.

¹²⁹ *L'analisi impressionistica di Lavater sulla fisiognomica postulava l'esistenza di una stretta relazione fra i tratti fisici e individuali. Partendo dall'assunto di Leibniz, secondo cui la fonte dell'identità umana risiede nell'individualità del corpo, Lavater vide la chiave della personalità nella relazione monista fra mente e corpo.* - S. L. Gilman, *Immagini della malattia. Dalla follia all'AIDS*, Il Mulino, Bologna, 1993, p.42. Lavater scrisse in relazione a quest'argomento dal 1772, in particolare è da segnalare *Physiognomische Fragmente*, opera in quattro volumi pubblicata tra il 1774 e il 1778.

¹³⁰ H. W. Diamond, sovrintendente del Female Departement of the Surrey Country Lunatic Asylum, autore di *On the Application of Photography in the Physiognomic and Mental Phenomena of Insanity*, presentato alla Royal Society il 22 maggio 1856.

L'obiettività tanto declamata non era però così fondata, in particolare per la staticità dei soggetti, caratteristica dovuta alla lunga esposizione richiesta per la stampa.

Anche John Conolly¹³¹, rappresentante della psichiatria britannica a cavallo fra fine '700 e inizi '800, ritenne utile lo studio delle rappresentazioni del malato per far comprendere la peculiare espressione e il carattere esteriore generale della sofferenza mentale.

L'età d'oro dell'illustrazione psichiatrica si concluse nel 1870 con Alexander Bain¹³² e successivamente Sigmund Freud, fermamente opposto all'idea che la visualizzazione del paziente fosse di qualche utilità per l'analisi.

L'immagine del folle rimase comunque soggetto prediletto dell'arte figurativa e della letteratura, non solo ad appannaggio di persone *normali* affascinate dal mondo della malattia mentale, ma anche come mezzo espressivo proprio del folle.

2.1§ Dare voce alle emozioni

L'arte non è solo specchio della malattia, ma è anche un mezzo di cui il malato può avvalersi per esprimere se stesso.

Come è risultato evidente dalle parole di Borgna, il malato esprime con enfasi emozioni e stati che sono propri della normalità dell'uomo, comunica con una propria logica, decifrabile solo con empatia e disponibilità all'ascolto.

L'arte appare come mezzo ideale per permettere a un folle di esprimersi nella pienezza delle sue possibilità e senza dover sottostare alle regole della normalità, con

¹³¹ J. Conolly, *An inquiry concerning the Indication of insanity, with suggestions for the better protection and care of the insanity*, Londra, 1830.

¹³² A. Bain, *Mind and body*, 1872; Id., *Education as a science*, 1879.

conseguente senso di solitudine e frustrazione.

D'altro canto l'arte stessa è un'educata forma di follia di pittori, musicisti, scrittori che escono dalle normali regole per proporre qualcosa di nuovo, un punto di vista che attinge alle profondità dell'animo umano.

Il folle non si identifica con un modello, ma con se stesso

(...) attraverso un'adesione immaginaria che gli consente di prestarsi tutte le qualità, tutte le virtù o i poteri di cui è sprovvisto.

Egli eredita la vecchia Philautia di Erasmo. Benché povero, egli è ricco; benché brutto, si ammira; pur coi ferri ai piedi, si crede Dio.¹³³

Hans Prinzhorn¹³⁴, psichiatra tedesco vissuto fra XIX° e XX° secolo, conseguì una seconda laurea in Storia dell'arte.

Sfruttò le conoscenze acquisite in quel campo per analizzare e descrivere le opere artistiche dei malati mentali che incontrò nella clinica psichiatrica di Heidelberg¹³⁵.

Vissuto contemporaneamente a Freud e agli artisti “degenerati” quali Chagall, Kandinsky, Munch e Picasso, Prinzhorn cercò di spiegare la produzione artistica dei malati mentali comparandola con quella degli espressionisti.

Individuò il legame fra l'espressività e il sentimento dello schizofrenico con la costruzione plastica dell'artista moderno, rendendone espliciti alcuni punti in comune come rifiuto del reale e il ritorno all'io.

Incapace di comunicare con elementi espressivi, lo schizofrenico abbatte il muro con

¹³³ M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, edizioni BUR, Milano, 1999, p.43.

¹³⁴ H. Prinzhorn, *Bildnerei der Geisteskranken*, 1922, trad. it. *L'Arte dei folli. L'attività plastica dei malati mentali*, Mimesis, Sesto San Giovanni (Mi), 2011.

¹³⁵ Da segnalare a questo riguardo il docufilm di Christian Beetz, *Between Insanity and Beauty - The Art Collection of Dr. Prinzhorn*, Beetz Brothers Film Production, Germany, 2008.

la realtà esterna mediante la produzione plastica.

Gli elementi della sua produzione combaciano con quella espressionista nel gioco sfrenato, nella monumentalità ornamentale, nella frammentarietà figurativa, nei temi religiosi o erotici.

Prinzhorn eseguì un'analisi degli scarabocchi dei pazienti della clinica di Heidelberg, spiegando la mancanza di rappresentazione intenzionale con la pulsione ludica.

Approfondì lo studio di tale pulsione sottolineando che questa precede sempre l'interpretazione, cioè il ricondurre forme casuali, oggetti o profili già noti, tipico della pareidolia; non è rilevante la più o meno fedele riproduzione dell'oggetto rappresentato, quanto il significato che l'oggetto assume per il disegnatore stesso.

La pulsione ludica, presente in ogni produzione artistica, è lo stimolo primario che porta a una significazione della fantasia.

Tale stimolo è assente nella produzione del malato mentale, il quale si dedica senza sosta al suo passatempo: genera in lui benessere, calma, aiuta lo sfogo e rende il soggetto attivo nell'azione.

Anche la tendenza a ornare è sempre stata considerata all'origine dell'attività artistica: col termine *ornare* Prinzhorn si riferisce a una spontanea elevazione d'importanza dell'oggetto mediante un elemento che lo arricchisce.

Quando si arriva alla produzione di scarabocchi disordinati si ha la possibilità di avere altre produzioni, generate da altrettante pulsioni: l'ornamento decorativo e la riproduzione.

Prinzhorn cerca di spiegare che le opere di schizofrenici non sono rintracciabili in quanto produzioni di persone malate, ma contemporaneamente esse riescono a trasmettere un senso di inquietudine, proprio come avviene nelle opere degli

espressionisti.

Egli raccolse la sua esperienza e le sue teorie in uno studio pubblicato nel 1922¹³⁶ che permise una rivalutazione delle opere dei malati mentali, importanti oltre ogni limitante giudizio di valore estetico.

Il concetto di *Gestaltung* (creazione) è centrale nella trattazione di Prinzhorn ed è interpretabile sia come un nucleo essenziale di colui che crea, sia come bisogno psichico di tradurre plasticamente dei contenuti interni.

Egli mette in risalto l'affinità tra il sentimento del mondo schizofrenico e quello manifestato nell'arte contemporanea, descrivibile negli stessi termini, rendendo esplicita la linea sottile che si pone fra l'arte del folle e le produzioni artistiche contemporanee.

La collezione di Prinzhorn è stata oggetto di numerose mostre, in particolare negli anni '80 del XX° secolo e rimane tutt'ora fonte d'informazione essenziale sul modo di rappresentarsi la realtà di soggetti definiti folli.

Anche in ambito teatrale la condizione di folle non preclude una capacità espressiva o una qualità inferiore rispetto alla messa in scena di attori privi di disturbi mentali.

Nella vasta esperienza italiana mi limito a citare il personaggio di Bobò, protagonista dello spettacolo del 1997 *Barboni* di Pippo Delbono¹³⁷.

Bobò è paziente del manicomio di Anversa da 45 anni ed è in occasione di un'attività laboratoriale che avviene l'incontro col regista.

Delbono vede nella persona di Bobò, nella sua espressione, nella gestualità elementi propri dell'attore che in lui si propongono come naturale linguaggio col mondo

¹³⁶ H. Prinzhorn, *Bildneri der Geisteskranken*, 1922, trad. it. *L'Arte dei folli. L'attività plastica dei malati mentali*, Mimesis, Sesto San Giovanni (Mi), 2011.

¹³⁷ A. Ghiglione, *Barboni. Il teatro di Pippo Delbono*, Ubulibri, Milano, 1999; L. Bentivoglio, *Pippo Delbono. Corpi senza vergogna*, Barbes, Firenze, 2009.

esterno: egli è attore spontaneo, capace di accompagnare il gesto teatrale nella totale assenza di retorica.

L'espressività di Bobò, piccolo uomo analfabeta e sordomuto, diviene arte in scena.

La poetica di *Barboni* diviene simbolo di una nuova modalità di fare teatro, nata dall'incontro con persone provenienti dai margini della società, che arriva a vincere il premio speciale Ubu nel 1997 e del premio della critica nel 1998, proprio per la ricerca condotta tra vita e arte.

L'arte entra in relazione col folle non solo come espressione, ma anche come cura: già del Rinascimento la musica ritrova le virtù terapeutiche che l'antichità le aveva riconosciuto.

*Schenck ha guarito un uomo "caduto in una profonda malinconia" facendogli ascoltare "concerti musicali che gli piacevano particolarmente"; anche Alberchet guarisce un delirante, dopo aver tentato invano tutti gli altri rimedi, facendo cantare durante uno dei suoi accessi "una canzoncina che svegliò il malato, gli fece piacere, lo eccitò al riso, e dissipò per sempre il parossismo".*¹³⁸

Come fa notare Foucault, se l'azione della musica risulta guaritrice è perché si rivolge a tutto l'essere umano, penetrando corpo e anima con la medesima efficacia.

La musica è terapeutica poiché genera una trasformazione che si disfa nel corpo: la qualità diviene movimento e il piacere delle sensazioni ritrova il suo status originale, cioè vibrazioni regolari ed equilibrio delle tensioni.

Anche la drammatizzazione teatrale era una tecnica utilizzata a fini curativi, basata sull'intervento dell'immaginazione: l'immaginario entra in gioco suscitando nuove

¹³⁸ M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, BUR, Milano, 1999, p.267.

immagini e, senza opposizioni o confronto, si inserisce nella linea del delirio e può guarire.

Se l'illusione risulterà altrettanto vera che la percezione, a sua volta essa potrà diventare realtà visibile, quindi realtà dell'immaginazione percettiva con illusione iniziale.

La realizzazione dell'immagine non è però sufficiente: è necessario continuare il discorso delirante poiché le parole del malato provengono da una voce che segue una propria grammatica per esporre un significato; la comprensione del linguaggio sarà quindi deduttiva.

Il discorso reale e percettivo che prolunga il linguaggio illogico delle immagini, deve portare a una funzione positiva.

Si cita il caso di un malato che si credeva morto e stava davvero morendo a forza di non mangiare; “un gruppo di persone (...) si erano vestite come dei morti, entrano nella sua camera, preparano una tavola, fan portare i piatti e si mettono a mangiare e a bere davanti al letto.

Il morto, affamato, guarda; (...) lo convincono che i morti mangiano proprio come i vivi.

*Egli si adatta molto volentieri a questa usanza”.*¹³⁹

La contraddizione generata all'interno di un discorso continuo, porta gli elementi di delirio in crisi e tale crisi risulta medica e teatrale al tempo stesso; per fare in modo che sia tale deve essere introdotta al momento opportuno un'astuzia che alteri il gioco autonomo del delirio.

¹³⁹ Ibidem, p.275.

Il delirio è soppresso in quanto *non-essere* poiché diviene *essere percepito*: la sua conferma nell'atto teatrale lo riporta a una verità (reale) che lo allontana dal discorso privo di ragione del delirio.

In un bellissimo articolo pubblicato anonimo, Charles Dickens racconta una vera storia di Natale in un manicomio riformato di fine XVIII° secolo¹⁴⁰.

La nuova istituzione sostituì il Bethlem Hospital in cui i pazzi erano maltrattati, incatenati nudi in gabbie in mostra su un viale, esposti al pubblico scherno.

Dickens si trovò invece in una struttura dove quella notte sarebbe stato allestito un albero di Natale per i pazienti.

La sua poetica descrizione contrappone la bellezza dell'evento presente a cui assiste, all'aspetto di quel luogo ancora legato, nel solo aspetto esteriore, alla sua passata esistenza come *luogo degli orrori*.

La vecchia cultura del manicomio in cui dominava la tortura, si era trasformata in manicomio come mondo della civiltà, simboleggiato nell'articolo da danza e musica.

*Stavo guardando, sui muri delle gallerie, i punti a cui in passato venivano agganciate le catene dei pazienti, quando udii, a una certa distanza, dei suoni musicali.*¹⁴¹

Dickens porta i lettori con sé alla scoperta del manicomio, per poi giungere in una galleria in cui si sta svolgendo una danza intorno all'albero

Tra quelli che ballavano, c'erano i pazienti che si trovano di solito in tutti i

¹⁴⁰ C. Dickens, *Una strana danza attorno ad uno strano albero*, articolo pubblicato nell'anonimato il 17 gennaio 1852.

¹⁴¹ S. L. Gilman, *Immagini della malattia. Dalla follia all'AIDS*, Il Mulino, Bologna, 1993, p.114.

manicomi. C'era la vecchietta vivace e un po' fatua, dalla faccia a forma di mela, con un fantastico copricapo, fiera dei suoi piedi e delle sue caviglie; c'era la donna senza età, (...) con la figura smilza e una raffinatezza ammaliante; c'era la ragazza sorridente, con l'aria assente (...); c'era la giovane donna quieta, quasi guarita, che sarebbe uscita presto.

E c'erano i loro cavalieri: il ragazzotto robusto col collo taurino che la settimana scorsa aveva tentato la fuga; il sarto dalla faccia storta che, dopo aver tentato il suicidio, era in via di netto miglioramento; c'era il paziente diffidente (...). C'era lo stolto felice, a cui andava bene tutto.¹⁴²

Con i pazienti vi era il personale sanitario, che l'autore descrive come una sorta di famiglia estesa, lontana dai torturatori di un tempo.

Dickens si fa portavoce del suo momento storico: l'Inghilterra del 1850 vide la conclusione del dibattito sulla riforma del manicomio promossa da Conolly, portavoce dei nuovi metodi di trattamento, che implicavano anche un nuovo modo di considerare i malati di mente.

La non-segregazione diviene per Dickens la riforma indispensabile per cambiare l'immagine del pazzo da essere asociale a individuo capace di potersi reinserire nella società; il fine del manicomio deve essere quindi quello di reintegrazione dei ricoverati, cosa possibile solo con umanità e amore.

Donare aiuto genera una ricompensa enorme: la possibilità di guarire attraverso l'umanità, la gentilezza e la speranza.

Il momento più bello descritto nell'articolo è certamente l'illuminarsi dell'albero di Natale che, con le sue luci e la sua bellezza, simbolo di umanità e speranza, allontana

¹⁴² Ibidem, p.115.

ancora una volta il vecchio volto del manicomio

Non appena il ballo terminò, il portinaio corse via, senza fiato, per aiutare ad accendere l'albero.

Era stato messo al centro della stanza, pieno di fiori, una lama di luci e luccichii; (...) Oh, ombre di Pazzi Dottori coi colletti allacciati e le parrucche incipriate, oh, ombre dei pazienti che, sani o pazzi, impazziste lì dentro nel buon tempo antico, (...) guardate da qualsiasi parte nelle vostre invisibili essenze, ora dovete portar pazienza – in questa strana settimana nel giardino degenerato di Saint Luke! (...)

Tuttavia lettore, se tu puoi fare qualcosa in qualsiasi buona direzione, fallo!

Sarà tanto, prima o poi.¹⁴³

¹⁴³ S. L. Gilman, *Immagini della malattia. Dalla follia all'AIDS*, Il Mulino, Bologna, 1993, pp.115-116.

Capitolo 4

Il pensiero fragile: le disabilità intellettive

1§ Come mi vedi

Ogni individuo costruisce la propria identità internamente all'ambiente in cui nasce, cresce e vive, influenzato dai canoni etici, estetici, morali propri di ogni cultura.

In un costante tentativo di adattamento o adesione ai canoni di normalità, bellezza e condotta, l'individuo difende la propria identità da intrusioni che sembrano scalfire o sminuire, anche solo parzialmente, le sue acquisizioni e conquiste¹⁴⁴.

Quando un essere umano entra in relazione con un altro che non aderisce a questi canoni, possono generarsi sentimenti di rifiuto o aggressione.

Questi sentimenti nascono dalla paura del *diverso*, dell'*altro* e sono provocati dal timore di perdere la propria identità, base della sicurezza psicologica: quanto più è debole la coscienza della propria identità, tanto più cresce la paura del diverso e con altrettanta violenza avviene il rifiuto¹⁴⁵.

Per facilitare questo processo è necessario disumanizzare l'altro, renderlo un mostro, emarginarlo.

Innumerevoli sono i casi quotidiani o storico-politici che hanno fatto assistere alla stigmatizzazione di individui o di intere razze, dove si è creato un nemico contro cui lottare e da odiare, generando paura e terrorismo.

¹⁴⁴ E. Besozzi, *Società, cultura, educazione. Teorie, contesti e processi*, Carocci, Roma, 2006; M. De Benedettis, *Sociologia della cultura*, Laterza, Bari-Roma, 2013.

¹⁴⁵ R. Bartra, *I territori del terrore e dell'alterità*, Mimesis, Milano, 2015; F. Bilancia – F. M. Di Sciullo – F. Rimoli (a cura di), *Paura dell'altro. Identità occidentale e cittadinanza*, Carocci, Roma, 2008.

Tali reazioni sono spesso emotive, inconsce e relegate, a seconda anche del periodo storico o dell'ambiente di appartenenza, dietro la bandiera della tolleranza.

Tale virtù pacifista del nuovo secolo rischia però di basarsi su un fondamento che rimarrà soltanto ideologico, laddove non ci si soffermi a considerare l'origine dell'aggressività stessa.

Incontrare il diverso significa incontrare la propria realtà profonda, una parte dell'io interiore rimossa o che si ha paura di affrontare: il diverso è simbolo degli elementi nascosti in ognuno di noi che, qualora emergessero senza controllo, rischierebbero di distruggere l'identità del soggetto.

Per questo motivo è invece necessario cercare, capire e portare a un livello di consapevolezza questi elementi che tanto rifuggiamo.

Misconoscere il problema è spesso la causa delle tensioni nel rapporto fra identità e alterità, identificata con soggetti di etnie, religioni e popoli diversi o soltanto con malati, folli o disabili.

Una volta ammessa la diversità si tende inevitabilmente alla gerarchizzazione: una valutazione delle singole diversità per riconoscere a ognuna un luogo, un limite sociale e il giusto metodo di approccio.

Se nei confronti di un disabile è più facile sentirsi moralmente obbligati ad accettarlo e ad aiutarlo, almeno formalmente, non siamo obbligati a fare lo stesso con altre categorie.

Esistono *diversi integrati*, parte nella società, ma comunque relegati nella cerchia dei diversi che, interna o esterna, rimane tale.

A questi vengono contrapposti gli altri, i *non integrati*, che non impongono al cittadino un atteggiamento caritatevole e pietista.

Come il rifiuto è pericoloso innanzitutto per noi stessi, allo stesso modo è pericolosa l'esaltazione della diversità: mantiene vivo un distacco, una lontananza che pone l'altro in una categoria comunque differente rispetto a quella delle persone.

Manca il dialogo, elemento chiave per non cadere nell'identificazione o in una valutazione dell'alterità: si parla di una differenza che non necessita di traduzione, ma che mira soltanto al rispetto della persona in quanto tale.

Non si intende accettazione forzata, ma ascolto e confronto; la diversità rimane un diritto.

Con un sentimento di tolleranza reale, pensata, elaborata si può arrivare a una convivenza che divenga base per una relazione di aiuto, senza che questo offenda chi lo riceve e non costituisca un palcoscenico per chi la offre.

La tolleranza si fonda sulla convinzione che la verità può farsi strada da sola, può difendersi e vincere da sola, e può esprimersi più facilmente quando è purificata da tutte le scorie che la circondano. In questo modo, la tolleranza appare come il rovescio dell'indifferenza, e si traduce nel non usare violenza contro chi dissente delle nostre idee o si discosta dalla nostra pratica. La tolleranza non si identifica con la non violenza, ma è un presupposto di coscienza e di dottrina che rende possibile la non violenza.¹⁴⁶

Nel corso della vita si esperisce l'incontro con i vari tipi di alterità presenti nella società: il povero, lo straniero, il pazzo, il disabile.

Come per i malati, i pazzi e i disabili portano in sé un elemento differente rispetto

¹⁴⁶ A. Canevaro – A. Chieragatti, *La relazione di aiuto. L'incontro con l'altro nelle professioni educative*, Carrocci, Roma, 2015, p.116.

allo straniero, evidente nella fisicità, nel modo di esprimersi e relazionarsi.

Sono più vicini, ma ancora più lontani, tanto da suscitare spesso una sorta di fascino o curiosità derivante da una condizione di diversità imposta dalla natura stessa; impossibile da provare o da poter scegliere.

Quest'aura di innocenza data dalla *sfortuna* del vivere una specifica condizione di costante (o momentaneo) disagio, non voluto ma imposto, attiva un contraddittorio e duplice sentimento di rifiuto e di pietà: il disabile va accudito, trattato in maniera speciale proprio per il suo stato speciale.

Se vi sono oggettive necessità di assistenza, quest'ottica rinchiude comunque il disabile nella cerchia degli *accettati ma anormali*.

Per questo motivo l'integrazione, intesa come sociale, scolastica e familiare risulta difficile: spesso mancano ascolto ed educazione.

È difficile gestire e affrontare sentimenti opposti, in particolare se influenzati dall'azione dell'emotività, come accade nel caso in cui il disabile è parte della famiglia.

1.1§ Disabilità e società

Fra le barriere sorte a separare normalità e disabilità, una delle prime a crollare fu certamente quella relativa all'educazione scolastica.

Nel 1977 la legge 517¹⁴⁷ stabilì l'abolizione delle classi differenziali e di aggiornamento nelle scuole, promosse nuove forme di integrazione e sostegno a

¹⁴⁷ A. Canevaro, *L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità. Trent'anni di inclusione nella scuola italiana*, Erickson, Trento, 2007; A. Esposito, *Quale integrazione? A trent'anni dalla legge 517/77*, Anicia, Roma, 2007.

favore di alunni disabili, nelle scuole primarie e secondarie inferiori: nasce qui la figura dell'insegnante specializzato per il sostegno.¹⁴⁸

Se prima di questa data il luogo proprio della disabilità erano le scuole speciali¹⁴⁹, da questo momento inizia a essere ufficializzato un inserimento dei disabili che trovano posto all'interno della società, grazie anche all'elaborazione di percorsi di orientamento e formazione professionale.

La realtà italiana è complessa, differenziata e spesso insoddisfacente.

Ai disabili spesso non viene garantita la possibilità di frequentare scuole professionali con risorse di personale specializzato e possibilità effettive di sbocco lavorativo; per questo motivo molti vengono iscritti in altre scuole, ad esempio in Licei.

Il motivo principale di questa scelta è costituito dal fatto che in svariate realtà regionali i corsi professionali sono poco numerosi e male organizzati, con personale spesso impreparato alle problematiche dell'integrazione.

Esistono realtà molto ben organizzate e all'avanguardia, ma si tratta tuttavia di una minoranza.

Nonostante questa carenza si deve sottolineare che fin dal 1970 l'Italia ha favorito esperienze di orientamento, di qualificazione professionale e di inserimento lavorativo all'avanguardia.

Nel periodo di formazione è risultata cruciale la possibilità di un tirocinio, tanto più utile quanto più consistente in un'alternanza scuola-lavoro; in altri casi si è preferita

¹⁴⁸ La legge prevedeva anche una norma oggi superata, ovvero il numero limite massimo di 20 alunni nelle classi dove fossero presenti portatori di handicap. La CM n. 199 del 1979 stabilì inoltre che ogni insegnante di sostegno potesse seguire al massimo 4 alunni.

¹⁴⁹ S. Di Nuovo, R. Vianello (a cura di), *Quale scuola inclusiva in Italia? Oltre le posizioni ideologiche: risultati della ricerca*, Erickson, Trento, 2015; G. Merlo, *L'attrazione speciale. Minori con disabilità: integrazione scolastica, scuole speciali, presa in carico, welfare locale*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (Rn), 2015.

una formazione contemporanea al tirocinio e non in una scuola tradizionale.

Come ogni adulto anche le persone con disabilità intellettive provano benessere quando riescono a essere utili o quando si vedono capaci di produrre qualcosa (motivazione di competenza).

Da almeno quarant'anni in Italia si sono cercate alternative ai laboratori protetti e ai centri occupazionali, ad esempio favorendo inserimenti in aziende commerciali, agricole, artigianali di genitori o parenti stretti.

Il rischio è che tale soluzione non risulti particolarmente efficace, proprio per la presenza di figure parentali che rallentano il percorso verso l'indipendenza.

Vi sono tuttavia anche aspetti positivi: accettazione e flessibilità permettono di chiedere alla persona il massimo di ciò che può dare, evitando di sottoutilizzarlo e di generare nell'interessato un sentimento di inutilità.

Altri casi documentati sono gli inserimenti guidati in aziende private o pubbliche, fra cui uffici pubblici, ospedali, scuole o cooperative sociali; tutti questi casi sottintendono sempre situazioni monitorate¹⁵⁰.

Dati i fini non commerciali di queste istituzioni, la persona risente meno delle conflittualità legate al bisogno di produrre; ciò facilita l'integrazione e l'accettazione di ciò che sa fare.

Non passerà molto tempo prima che anche la medicina si unisca per portare una definizione ancora più precisa, scientificamente parlando, che descriva e individui le caratteristiche proprie del disabile.

¹⁵⁰ M. Berarducci – A. Buzzelli – C. Leonori – A.I.P.D (Associazione Italiana Persone Down), *Persone con disabilità intellettiva al lavoro. Metodi e strumenti per l'integrazione*, Erickson, Trento, 2009; A. Bolis – S. Gheno, *Il lavoro diverso. Per una nuova politica di inserimento delle persone disabili*, Guerini e Associati, Milano, 2005; A. Coppetti – L. Gallo – L. Gili – P. Moro (a cura di), *Cooperative sociali e l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate. Linee guida e strumenti*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (Rn), 2015; F. Girelli (a cura di), *Lavoro e disabilità. Disciplina normativa e percorsi di inserimento*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2010.

Nel 1980 l'Organizzazione Mondiale della Sanità propone la ICIDH¹⁵¹, una classificazione mirata a evidenziare le possibili conseguenze delle malattie a tre livelli: menomazioni, disabilità e handicap¹⁵².

La malattia può produrre una menomazione, ovvero una perdita o anormalità di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche.

Laddove la menomazione sia particolarmente evidente o vi siano più menomazioni si può generare una disabilità, cioè una carenza parziale o totale in una certa attività, rispetto alle prestazioni considerate normali.

Una o più disabilità possono portare a una situazione di handicap, cioè a un insieme di effetti negativi per la vita di una persona inserita in una comunità.

Una specifica disabilità può produrre handicap che possono essere considerati più gravi a seconda della società in cui il soggetto è inserito.

Ad esempio in una società in cui la sussistenza e l'economia sono basate sul lavoro manuale, un handicap che porti conseguenze a livello motorio è molto più limitante che non nella nostra società, più sensibile invece alle disabilità intellettive o al ritardo mentale.

Quest'ultima espressione sottolinea che lo sviluppo di alcuni individui è caratterizzato dall'essere più lento di quello tipico.

In precedenza si utilizzava la definizione *insufficienza mentale*, sostituita poi da *ritardo mentale* per sottolineare che varie tappe dello sviluppo mentale vengono comunque raggiunte, anche se con tempi più lunghi.

Da alcuni anni le Associazioni Internazionali hanno sostituito l'espressione *Mental retardation* con *Intellectual and developments disabilities*, tradotto in italiano con

¹⁵¹ International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.

¹⁵² L. Nota – A. Rondal – S. Soresi, *La valutazione delle disabilità*, Vol. I, Erip Editrice, Assago (Mi), 2003, pp.68 – 74.

*disabilità intellettive evolutive*¹⁵³, da distinguersi dalle *disabilità intellettive acquisite*, riferite alle conseguenze di una malattia o di un incidente.

Il termine pare più adatto a evidenziare le molteplici forme con cui si manifestano le disabilità che coinvolgono l'intelligenza.

Considerando che la sindrome di Down, quella di Williams o di X Fragile sono caratterizzate da profili particolari con specifici punti di forza o debolezza, la nuova espressione appare più adatta a richiamare sia le differenze qualitative che quantitative.

Il disagio relativo al contesto sociale si esprime pienamente nell'espressione *situazione di handicap*, che si riferisce a un insieme di effetti contestualizzati e riferiti alla società in cui vive l'individuo.

Nel 1999 l'OMS ha proposto una nuova classificazione che, oltre a rivedere parte della distinzione del 1980, inserisce un'importante specifica sulle conseguenze sociali della precedente classificazione.

Nell'*Allegato 5. L'ICF*¹⁵⁴ e *le persone con disabilità* viene precisato come i termini utilizzati nella classificazione possano, nonostante l'impegno collettivo, rivelarsi stigmatizzanti ed etichettare la persone.

In risposta a questa problematica viene deciso di abbandonare totalmente il termine *handicap* e di non usare il termine *disabilità* come nome di una componente della classificazione, ma di mantenerlo come termine generale.

Una modifica terminologica conseguente a una appropriazione decontestualizzata di termini scientifici, riportati nel sociale con carattere negativo o stigmatizzante, è certamente un evento da non sottovalutare.

¹⁵³ Con l'abbreviazione *Disabilità intellettive* ci si riferisce a queste ultime.

¹⁵⁴ International Classification of Functioning, Disability and Health.

Seguendo anche quanto scritto nel DSM IV – TR¹⁵⁵, fino al 2013 la diagnosi di disabilità intellettive si basava sulla presenza necessaria di tre requisiti: un QI circa uguale o inferiore a 70, un carente funzionamento adattativo e un esordio precedente ai 18 anni.

Nel DSM 5 pubblicato nel 2013, vengono presentate modificazioni notevoli e si presume che tali saranno riprese anche nelle nuove edizioni dei manuali dell'OMS, fra cui la già citata sostituzione del termine *ritardo mentale* in *disabilità intellettive evolutive*.

Quest'ultima è definita come disturbo che emerge in età evolutiva e che include deficit sia del funzionamento intellettivo che adattivo nelle aree concettuali, sociali e pratiche; non vi è un esplicito riferimento al QI.

Inoltre la caratteristica che ne prevedeva l'esordio prima dei 18 anni è stata sostituita da quella più generica indicata da *in età evolutiva*.

Dagli anni '70 in poi è rilevabile un avvicinamento al mondo della disabilità, conseguentemente a nuovi studi e ricerche sul campo: questo ha portato a comprendere il gruppo dei disabili in quella stessa società *normale* che poco dopo l'ha nuovamente rinchiuso in un sottogruppo.

Interno o esterno alla grande categoria del normale, il disabile resta *handicappato*.

L'Italia rimane comunque una nazione che si è occupata molto del tema, considerato ad esempio che tuttora in paesi europei all'avanguardia come la Germania sussistono quelle che per noi erano le scuole speciali.

Nonostante le indebite appropriazioni terminologiche e la paura per la differenza, accompagnata a quei sentimenti soggettivi che inducono diffidenza per qualsiasi

¹⁵⁵ Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association (4° versione revisionata, dove TR sta per *text review*) pubblicato nel 2000.

portatore di diversità (stranieri, emarginati, malati, ecc.), sono state abbattute molte barriere che limitavano la relazione con soggetti disabili, prime fra tutte quelle meno fondate, ma più pericolose, estratte dal calderone culturale del senso comune.

1.2 § Disabilità e famiglia

La famiglia è sempre stata (e rimane) punto di riferimento centrale per una crescita sana e un'equilibrata formazione del soggetto disabile.

Il ruolo del genitore è scientificamente riconosciuto come determinante nello sviluppo armonico delle potenzialità e capacità del bambino, compromesse laddove vi sia una sensibile carenza affettiva.

Nel caso in cui il figlio presenti disabilità fisiche o intellettive, si va ad amplificare la funzione protettiva e di sostegno, anche solo a livello psicologico.

Questo avviene al fine di garantire l'aiuto necessario perché egli possa avvalersi di pari opportunità di crescita, maturazione e possibilità di vita dei suoi coetanei.

In molti casi però la reazione generata dalla consapevolezza della menomazione del figlio si traduce in atteggiamenti emotivi amplificati che rischiano di causare effetti contrari a quelli voluti, con conseguenze negative sul figlio stesso.

La reazione più comune è quella che ha come conseguenza il rifiuto del figlio disabile, legata all'improvviso impatto con una nuova situazione affrontata come difficile.

Questa reazione causa nel genitore: mutismo, isolamento sociale, fino a casi più gravi di litigio fra coniugi, escandescenze e imprecazioni.

Il genitore, emotivamente coinvolto dalla nuova situazione, trova appiglio in un'affannosa ricerca di un'ipotetica guarigione, basata su una qualche azione miracolosa e non su effettive possibilità di guarigione in termini medici.

Di fatto prima o poi sarà inevitabile arrivare alla razionalizzazione, con conseguente accettazione della diversità del figlio: un'oggettiva presa di coscienza della situazione è l'unica che permette reali forme di integrazione.

Finché questa consapevolezza non viene raggiunta è impensabile qualsiasi azione educativa, proprio a causa della mancata accettazione del figlio, rifiutato o indesiderato, tanto da divenire motivo di vergogna o repulsione¹⁵⁶.

A questo si aggiungono le difficoltà derivanti da dinamiche proprie del genitore, come il rifiuto di qualsiasi aiuto per dimostrare di riuscire da soli a gestire la situazione.

Da considerare è anche l'assetto familiare e dei suoi componenti: la famiglia può avere altri figli o accudire persone anziane con ulteriori problemi di salute; l'arrivo di un figlio disabile influenza un equilibrio già strutturato e con possibili problemi.

Sul nuovo arrivato si concentrano la maggior parte delle attenzioni e delle energie familiari, con risposte e reazioni emotive che possono risolversi o in comportamenti rigidi, punitivi o elusivi della condizione del figlio.

Un altro rischio è la parziale o totale rinuncia alla vita personale del soggetto coinvolto, soprattutto se si tratta di un genitore.

Lo stato del figlio genera e alimenta nel genitore un'ossessiva protezione nei suoi confronti, a volte influenzati da decisioni poco ponderate dettate dalla volontà di cambiamento; queste nascono come reazioni alla nuova condizione che,

¹⁵⁶ R. Vianello, *Potenziali di sviluppo e di apprendimento nelle disabilità intellettive*, Erickson, Trento, 2015.

nell'immediato, genera dolore e senso di impotenza.

Nel vissuto dei familiari si alternano sentimenti di vergogna, rinuncia, rabbia, senso di colpa fino a vittimismo, rassegnazione e smarrimento, che intralciano con l'effettiva integrazione del figlio.

Di fatto è proprio all'interno del nucleo familiare che si genera il processo di integrazione, di pari passo con la disponibilità e la sincera accettazione del suo stato: è necessario che il bambino sia accompagnato e supportato nelle proprie limitazioni o difficoltà con amore, non con ansia o stress¹⁵⁷.

Le istituzioni (la scuola, le associazioni, gli enti in genere), dispensatrici di svariati supporti (aiuti economici, educazione, attività pomeridiane), sono collaboratori esterni certamente fondamentali non solo per il disabile, ma anche per i genitori stessi.

Fu anche per questo motivo che dal 1970 vennero organizzati, in un numero sempre crescente di Comuni, centri estivi con frequenza diurna o soggiorni climatici residenziali per minori, compresi quelli con disabilità.

Queste si dimostrarono non solo ottime occasioni di socializzazione per i ragazzi, ma anche motivo di arresto e recupero per i genitori.

L'esperienza di vivere lontano dal proprio figlio rischia di creare un iniziale senso di vuoto, in particolare nella madre, ma col passare del tempo permette di recuperare aspetti della propria identità che in un qualche modo erano stati offuscati dalla costante attenzione ai problemi del figlio.

Questo aiuterà i genitori a ritrovare uno spazio temporale e mentale in cui possano avere più tempo e disponibilità per curarsi di sé e del rapporto di coppia.

¹⁵⁷ A. Canevaro – A. Chierigatti, *La relazione di aiuto. L'incontro con l'altro nelle professioni educative*, Carrocci, Roma, 2015.

I genitori si mantengono sempre come punto di riferimento, sia per il figlio che per i collaboratori con cui possono confrontarsi per pianificare interventi precisi, elaborati su misura per il figlio, mirati a una rapida e corretta integrazione.

Un fattore da tenere in considerazione è l'eventuale presenza di altri figli.

Questo può influenzare il vissuto dei genitori, in primis come variabile che riduce il pericolo di senso di colpa, statisticamente più presente laddove il figlio con disabilità sia figlio unico.

Un'analisi condotta da Alessandro Trabujo con la supervisione di Renzo Vianello¹⁵⁸ riguardante i rischi psicologici nei fratelli di disabili, ha evidenziato come diversi stereotipi generalmente accettati o considerati fondati siano invece falsi.

L'idea che vi siano possibili ripercussioni negative non ha fondamento, come anche l'idea che il carico di responsabilità maggiore, dato dallo stato del fratello disabile, influisca negativamente sulla relazione tra fratelli o familiari, oppure sulla vita sociale del fratello normodotato.

È possibile però che nei fratelli normodotati possa costituirsi una sorta di identità del Sè, data dal catalizzarsi dell'attenzione dei genitori sul fratello disabile.

In altri casi il ruolo assunto è quello atipico dettato dall'eccesso del senso di responsabilità, che va a volte a sostituire quello del genitore.

Come già sostenuto in precedenza, indipendentemente dal numero e dai componenti della famiglia, è proprio in essa che si creano le basi per un corretto sviluppo, una sana integrazione e un'educazione adeguata.

L'ipotesi fondamentale è che molti genitori, se adeguatamente sostenuti, siano in grado di attivare risorse educative tali da portare a risultati interessanti, come

¹⁵⁸ G. Gini – R. Vianello, *Psicologia dello sviluppo*, Utet, Torino, 2012; R. Vianello, *Potenziali di sviluppo e di apprendimento nelle disabilità intellettive*, Erickson, Trento, 2015.

suggerisce ad esempio una ricerca-intervento condotta nel 1997 da Vianello in collaborazione con altri¹⁵⁹.

La ricerca indica la possibilità di raggiungere risultati fortemente positivi potenziando le capacità educative dei genitori di bambini con sindrome di Down.

Per circa cinque anni un gruppo di lavoro ha condotto una esperienza di counselling a famiglie di bambini e adolescenti con sindrome di Down.

Le modalità di intervento erano le più svariate: visite alla famiglia, stesura di un diario dettagliato dell'intervento, strumenti di valutazione obiettiva, incontri fra piccoli gruppi di genitori, ecc.

L'obiettivo primario di tale intervento era fornire un sostegno psicologico ai genitori, al fine di potenziare le loro competenze educative per permettere loro di intervenire in prima persona sul bambino.

Il counselling alle famiglie veniva fornito anche a domicilio: inizialmente le famiglie nutrivano nei confronti dell'operatore eccessive aspettative, ma l'esperienza ha dimostrato come questo atteggiamento sia "normale", non pretenzioso e non sintomatico di una ricerca di delega o chiamata al miracolo.

Fa parte dei processi di adattamento fra genitori e operatori (o psicologo), che porta in seguito all'instaurarsi di rapporto più realistico e non deresponsabilizzante.

Uno degli effetti visibili di tale intervento è lo sviluppo positivo dell'intelligenza dei soggetti, posta in confronto con i dati emersi dalla letteratura internazionale e nazionale.

I soggetti con sindrome di Down italiani forniscono prestazioni superiori (in media più del 10%) rispetto a quelle segnalate a livello internazionale; tale dato potrebbe

¹⁵⁹ Moniga, Mega, Baldassa, Bertelli, Ghizzi, Poli, e Trivella, 1997. Per ulteriori informazioni sull'esperienza e sull'argomento rimando a <http://www.disabilitaintellettive.it>.

essere conseguente all'inserimento nelle classi normali.

Inoltre se i profili di sviluppo iniziali (primo anno di vita) sono più o meno uguali a quelli degli altri soggetti italiani, a partire dal secondo o terzo anno di vita si riscontra una progressiva differenziazione che va a favore dei soggetti seguiti.

È plausibile l'ipotesi che, potenziando le capacità educative dei genitori, sia possibile per la maggioranza dei soggetti seguiti pervenire a un livello di intelligenza superiore almeno del 10% alla media nazionale.

2§ Come mi vedo, come mi racconto: emotività e creatività come comunicazione

La disabilità si mostra nella sua immediatezza come palese disvalore, permanente e quotidiano, agli occhi della società che mette in risalto una continua mancanza.

Tale mancanza, o diversità, diventa arte, o meglio, esposizione extra quotidiana nel linguaggio del teatro.

La scena teatrale, il gioco e la finzione mostrano l'energia creativa interna a ogni essere umano e in esso nascosta.

Questa energia creativa viene raggiunta attraverso un percorso che presuppone il riconoscimento dei valori reciproci, delle peculiari qualità di ognuno, della precisione e della disciplina.

Se la disabilità in ambito sociale pone il soggetto in relazione con un *fuori*, in teatro invece si socializza: viene messa in comunicazione l'esperienza emotiva interiore trasformata in azione visibile ed efficace, capace di creare un mondo.

Lo stesso principio viene espresso dalle parole di Renato Bandoli, scritte a proposito

del progetto *Hello Kattrin!* di cui è curatore e per il quale si rimanda al prossimo paragrafo.

È qui (nel teatro) allora che può avvenire un incontro stimolante tra arte della scena e l'arte di vivere delle persone disabili, tra arte e vita.

Da sempre, per rigenerare le proprie modalità operative, il fare teatro trae energie dalle differenze che scaturiscono dalle contraddizioni del tempo e dello spazio in cui si agisce.¹⁶⁰

Per trovare il senso del proprio esistere bisogna guardare fuori, oltre Sè.

Questa possibilità è data dal teatro: il suo linguaggio spiazza, modifica e gioca coi canoni di etica o estetica.

Il teatro fatto con i disabili non rappresenta qualcosa, ma vive la vita degli esseri umani che lo abitano nel suo manifestarsi.

Questo tipo di teatro è rischioso, genera inquietudine ed è ben lontano dal garantire la sicurezza della rappresentazione canonica: a parlare sono coloro che vivono la disabilità, nella loro differenza, limite o deformità; da un punto di vista artistico esprimono la totale ribellione dell'inaspettato.

La sincerità della proposta artistica è elemento primo e spiazzante.

L'espressione teatrale si fa forte della verità e dell'autenticità espressa sin dal primo incontro con l'attore che, riprendendo Artaud, incontra lo spettatore a partire dalla sua esplicita differenza: quella fisica di un corpo ribelle.

La disabilità, il limite, l'impedimento sono i motori della creazione scenica, elementi

¹⁶⁰ Documento in archivio presso il Comune di Lerici, relativo al percorso del progetto pluriennale di teatro con la compagnia P.LE.I.A.D.I.

in cui l'attore stesso trova la propria necessità e scopre nuove possibilità espressive.

Il teatro dei *diversi* è una scommessa costante che permette di creare modi inattesi e bellissimi, non solo per chi guarda, ma soprattutto per chi scopre di poter *essere* quel mondo o almeno di poterlo vivere.

Il teatro è uno strumento terapeutico ed educativo per tutti, da qualche tempo vicino a persone disabili¹⁶¹.

È utilizzato da chi opera nei settori educativi e riabilitativi come mezzo di socializzazione e comunicazione, come possibilità di espressione emotiva e percorso creativo.

L'incontro del teatro con il mondo dei disabili è da diversi anni oggetto di studi universitari, dando luogo a convegni, conferenze, rassegne teatrali, saggi specifici sul tema, lavori di ricerca accademici e pubblicazioni.

Tutti questi elementi costituiscono importanti punti di riferimento teorici e pratici, oltre a essere prova tangibile della diffusione e del riconoscimento della pratica come importante elemento di formazione; è un ennesimo tentativo di far incontrare società e disabili, custodi di una vitalità ricca e difficile, ma anche densa di prospettive e possibilità.

Fare teatro inizia a percorsi di crescita personali e collettivi che vanno a influenzare tutti gli ambiti della vita, a partire dal quotidiano, coinvolgendo anche quello dei familiari, soprattutto laddove si crea una compartecipazione delle parti in causa: disabile, famiglia, educatori, volontari, enti e istituzioni.

La collaborazione punta a un unico fine: il miglioramento delle condizioni di vita delle persone disabili e il riconoscimento del loro ruolo di cittadini attivi nella

¹⁶¹ L. Collacchioni – A. Mannucci, *Diversabili a teatro. Corpo ed emozioni in scena*, Ecig, Genova, 2009.

società; in questo caso anche di attori all'interno della comunità teatrale.

Nella collettività la definizione di *menomato* risente dell'impostazione metodologica scientifica, per la quale il comportamento patologico è posto su dislivello e in difetto rispetto a un comportamento sano.

L'ottica scientifica si basa meramente su ordini quantitativi.

Spostandosi da essa si può scorgere come ciò che viene considerato *inferiore* o con minori capacità divenga *diverso*, non più di quanto lo siano le idee o i modi di esprimersi di qualsiasi essere umano.

Laddove la scienza deve porre dei limiti, l'arte può superarli, dare spazio e libertà, valorizzando le singole espressioni indipendentemente da chi le crei e da quale sia il suo posto nel mondo.

Nella quotidianità il disabile vive nel limite imposto dalla natura unito alle imposizioni sociali, a volte involontariamente incrementate da neologismi sempre più *politically correct*.

Come suggerisce Rento Bandoli¹⁶², *di fronte a queste vite noi siamo spettatori al buio* in attesa di una qualche forma di poesia che costringa a un'emancipazione dello sguardo; solo così sarà possibile cogliere la magia che, da dolore e sofferenza, genera bellezza e grazia.

Guardare ragazzi disabili in scena che si esprimono attraverso varie forme artistiche o con lo sport, permette di cogliere la vita possibile oltre quella data e permette di riflettere.

L'autocritica sul senso di immutabilità e necessità della normalità, in termini medici e di stile di vita, è immediata: riemerge un sentimento lontano, nato dalla visione di

¹⁶² Documento in archivio presso il Comune di Lerici, relativo al percorso del progetto pluriennale di teatro con la compagnia P.LE.I.A.D.I; sezione specifica sull'esperienza di *Hello Katrin!*.

qualcosa di inaspettato che sconvolge i nostri canoni.

La meraviglia emoziona e come uno specchio riflette il presunto limite delle capacità di questi ragazzi sulla nostra mente, tanto da farci sentire un po' sciocchi e forse presuntuosi nell'aver pensato che questo mondo fosse solo per i *normali*.

Nel loro semplice *esserci* questi ragazzi si trasformano da oggetti bisognosi di attenzioni, cure, assistenza, servizi, a soggetti che osano, testano i propri limiti, in un percorso che li porta a guadagnarsi la volontà di essere protagonisti¹⁶³.

Non è comunque messa in dubbio la necessità di prospettive assistenziali, sia per i soggetti disabili che per le relative famiglie.

Lo stesso vale per molte altre categorie della nostra società come gli anziani o i bambini stessi, ma questo non è motivo sufficiente per porli sotto campane di vetro, relegati in una fragilità costante che diviene patologica anche per chi se ne prende carico.

Nell'ottica del genitore che vede il figlio disabile come un malato incurabile, limitato nelle scelte e impossibilitato ad avere una vita che sia quanto più *normale* possibile, quel figlio sarà sempre da proteggere, da accompagnare e accudire.

Solo rendendosi conto delle reali possibilità che il figlio può avere, delle capacità nascoste in lui quiescenti, gli sarà possibile vedere che la connotazione di disabilità era, in buona parte, imposta e non reale.

Contrariamente al malato di Alzheimer, il disabile non ha necessità di migliorare il proprio stile di vita, ma soltanto di vivere con un po' di aiuto; due prospettive molto differenti.

¹⁶³ A. Canevaro – A. Chierigatti, *La relazione di aiuto. L'incontro con l'altro nelle professioni educative*, Carrocci, Roma, 2015; R. Vianello, *Potenziali di sviluppo e di apprendimento nelle disabilità intellettive*, Erickson, Trento, 2015.

2.1 Hello Kattrin, racconto di una compagnia teatrale

Il 26 marzo 1998 nasce a La Spezia l'Associazione Onlus P.L.E.I.A.D.I.

Essa viene fondata per volontà di un gruppo di genitori che mirano a offrire consulenza e assistenza per realizzare attività che migliorino la vita di soggetti disabili attraverso la socializzazione e, in linea con le singole possibilità, anche con il loro inserimento nel mondo del lavoro.

Quasi immediatamente l'Associazione volge lo sguardo alla pratica teatrale: grazie all'impulso della psicologa Anna Maria Bertòla nel settembre 1999 viene avviato un seminario sperimentale, condotto insieme al regista Maurizio Lupinelli.

Il primo gruppo che prende parte all'iniziativa è formato da 11 persone disabili accompagnate da 3 operatori volontari.

L'esperienza risulta fortemente positiva, sia per il raggiungimento degli obiettivi pedagogici posti, sia per l'entusiasmo mostrato dai partecipanti, pienamente coinvolti nel progetto.

Per questi motivi i genitori e l'Amministrazione Comunale di Lerici hanno cercato di dare stabilità e continuità all'esperienza, elaborando un progetto più articolato.

Negli otto mesi successivi, infatti, venne avviato un laboratorio teatrale per produrre uno spettacolo vero e proprio, il cui fine era quello di dare adeguata visibilità all'impegno e al lavoro dei ragazzi.

Come per tutti gli spettacoli teatrali definiti tali, lo sbocco naturale è la visibilità esterna al processo creativo, tanto più importante in questo caso: la relazione dei ragazzi con un pubblico in situazione non protetta si è rivelata parte essenziale del processo educativo ed espressivo.

Il lavoro diventa quindi una situazione non chiusa, evento non sempre possibile nella vita dei ragazzi disabili, occasione di crescita, confronto, comunicazione ed energia emotiva.

Il materiale venne elaborato nei mesi successivi sul testo *Madre Courage e i suoi figli*¹⁶⁴ e porta alla realizzazione del primo spettacolo della compagnia intitolato *Hello Kattrin!*, con la regia di Maurizio Lupinelli.

La scena si presenta volutamente spoglia ed essenziale, stilizzata, così composta per trasformarsi in una sorta di *Circo Infero* in cui i corpi degli attori emanano una fisicità densa di energia, messa in risalto grazie a un disegno di luci asciutto e rigoroso.

Unico elemento scenico a mantenere il legame col testo brechtiano è il Carro, posto al centro e simbolo della vita di Madre Courage, del suo mondo, perno intorno a cui tutto ruota.

Kattrin ci porta dentro il dolore del mondo, in un racconto che fa incontrare comico e tragico mescolati fra loro, connubio da cui si genera una grottesca visione della storia e della realtà, tangente il senso della vita e della morte.

La diversità degli attori non viene strumentalizzata, ne emerge in quanto disabilità, ma si propone come potente fisicità vibrante nel gioco teatrale: la loro presenza sprigiona bellezza e poesia altrimenti nascoste nella realtà quotidiana.

La scelta di Brecht non è casuale: sono gli attori stessi a essere *brechtianamente straniati*, poiché è l'elaborazione scenica stessa che li rende strani e meravigliosi, non disabili, portando gli spettatori a un'autentica *poesia degli esseri*.

Le disabilità degli attori sono comunque evidenti, non dissimulate: in questo contesto acquisiscono una nuova dimensione, mostrate in un vero *teatro d'attore* da

¹⁶⁴ B. Brecht (1938-39), *Madre Courage e i suoi figli*, Einaudi, Torino, 2007.

cui emergono le abilità nascoste.

Lo spettacolo debutta nel 2000 col contributo del Comune di Lerici, del Teatro Astoria di Lerici e della Fondazione Cassa di Risparmio della Spezia.

In quest'occasione è stato organizzato un convegno dal titolo *Verso un teatro degli esseri*, mirato a far riflettere sul rapporto tra arte della scena e disagio.

Fra gli ospiti e i partecipanti al convegno vi sono importanti nomi della scena teatrale italiana o a essa affine, come giornalisti e critici.

A coordinare e guidare il convegno è Gerardo Guccini¹⁶⁵, docente di Storia del Teatro all'Università di Bologna, fra le molte testimonianze e interventi sono da sottolineare quelli di Pippo Delbono¹⁶⁶, Carlo Bruni (Teatro Kismet Opera), Antonio Viganò (Oiseau Mouche di Rubaix) e Marcella Nonni (Teatro delle Albe¹⁶⁷).

Dopo questa prima e fortunata uscita lo spettacolo *Hello Katrin!* è stato inserito nei cartelloni di Lerici, Sarzana e Carrara nell'anno 2001.

Successivamente è stato ospitato all'interno di una rassegna nazionale organizzata dal Comune e dalla Provincia di Rimini e della Regione Emilia-Romagna.

Nel Febbraio 2002, in seguito al nuovo progetto teatrale *Teatri In/Formazione*, nato nel territorio spezzino proprio a seguito di questa esperienza, *Hello Katrin!* viene rappresentato al Teatro Civico della Spezia alla presenza di numerosi critici e registi.

Nella stessa sede si è voluto riflettere sulla natura e sulla necessità di un teatro diverso con un incontro dal titolo *Altri sguardi* guidato da Franco Quadri, editore di Ubulibri e critico.

All'incontro hanno partecipato Renato Bandoli, direttore e curatore del progetto

¹⁶⁵ G. Guccini (a cura di), *La bottega dei narratori. Testi narrativi e laboratori inediti*, Audino, Roma, 2005.

¹⁶⁶ A. Ghiglione, *Barboni. Il teatro di Pippo Delbono*, Ubulibri, Milano, 1999; L. Bentivoglio, *Pippo Delbono. Corpi senza vergogna*, Barbes, Firenze, 2009.

¹⁶⁷ M. Martinelli – E. Montanari (a cura di), *Jarry Duemila. Da Perhinderion ai Polacchi*, Ubulibri, Milano, 2000.

teatrale, il critico Gianni Manzella, il già citato attore e regista Pippo Delbono e Armando Punzo¹⁶⁸, curatore del progetto teatrale europeo nel carcere di Volterra.

Sempre nel 2002 è stato avviato un corso di formazione a livello provinciale dal titolo *Il corpo extra-ordinario*, finalizzato all'orientamento e all'integrazione di attori disabili e non.

Il gruppo teatrale delle P.L.E.I.A.D.I. va ad assumere una visibile estensione a livello territoriale, ponendosi come esempio e motore primo per la creazione di nuovi incontri e progetti finalizzati a valorizzare il mondo della disabilità.

Solo il concorso di più soggetti, dalle istituzioni, al settore sociale o del volontariato, ha potuto rendere efficace la valenza di un progetto così articolato, ma vivo e sentito da ogni parte in causa.

Un piccola realtà con una piccola esperienza che è sembrata grandissima per chi l'ha compiuta, per alcuni quasi impensabile, capace di dimostrare sulla scena la bellezza e la forza di chi l'ha creata, ora visibile a tutti.

(...) il percorso di lavoro, durante il quale ha preso forma la loro espressione artistica, è stato un percorso di crescita che, attraverso la disciplina e il rigore della pratica teatrale, ha portato alla luce la potenza del gesto e della verità.

È stata una scoperta sentire l'urgenza che avevano di dar voce al loro vissuto emozionale ed esperienziale: occorreva trovare un modo di poter canalizzare il loro bisogno di esprimersi, e non era possibile far leva sulla memoria pura e semplice perché la ripetizione delle parti assegnate spesso creava in loro frustrazione, sfiducia nelle loro capacità, paura di sbagliare e quindi caduta dell'attenzione.

¹⁶⁸ C. Lapo, *Armando Punzo e la scena imprigionata. Segni di una poetica evasiva*, La conchiglia di Santiago, San Miniato (Pi), 2011; A. Punzo, *È ai vinti che va il suo amore. I primi 25 anni di autoreclusione con la Compagnia della Fortezza di Volterra*, Clichy, Firenze, 2013.

Ad un certo punto abbiamo capito che il significato della parola diventava tutt'uno con il significato del gesto e dall'esercizio di memoria siamo passati alla ricerca di un senso per loro, che evocasse la capacità di trattenere parole non più estranee ma fatte proprie.

Così sono nati gli attori: dall'attribuzione di un senso ai loro personaggi, per arrivare a trovare quei gesti che dessero espressione al senso profondo di sé, in grado di sgominare i demoni della paura e del pregiudizio.¹⁶⁹

¹⁶⁹ A. M. Bertola, estratto della relazione esposta al Convegno di Lerici, 2000.

Capitolo 5

L'Io sonoro: la musicoterapia

1§ Musica come linguaggio comune

Il rapporto tra l'uomo e la musica comprende non solo l'ambito artistico, dove l'uomo sceglie consapevolmente di instaurare un legame con essa attraverso l'ascolto o lo studio di uno strumento, ma fa parte di noi stessi in quanto “esseri musicali”, della nostra cultura e quotidianità¹⁷⁰.

Il suono si pone come *traduttore del reale*, rende la musica mezzo di comunicazione e socialità che ci è proprio tanto quanto la parola ed è attraverso un effettivo corpo a corpo col suono che questa interazione prende forma.

La relazione con l'elemento sonoro non avviene solo attraverso l'udito ma anche col corpo e il tatto; vicendevolmente la musica penetra l'uomo come l'uomo fisicamente cerca di manipolare il suono, con la stessa necessità con cui crea oggetti utili al lavoro.

Come la musica è parte fondante della vita, la vita è chiave in musica se questa è intesa come armonica interazione fra suoni, nella quale ognuno svolge la sua parte nel pieno rispetto reciproco, affinché si realizzi la perfezione dello spartito.

Uomo con la musica, parte della vita, della propria cultura e in quanto uomo stesso, ma anche uomo nella musica, come musicista che riversa ogni pensiero od espressione in essa, nella quale riscopre l'equilibrio di una società ideale ma

¹⁷⁰ C. Dahlhaus – H.H. Eggebrecht (1985), *Che cos'è la musica?*, Il Mulino, Bologna, 2008; E. Fubini (1971), *Estetica della musica*, Il Mulino, Bologna, 2009.

perfettamente armonica e, infine, sa ritrovarvi l'importanza di ciò che lo rende uomo: il pensiero.

L'esperienza sonora coinvolge l'uomo nella sua totalità e permette di stabilire una stretta relazione con tutto il mondo materiale sin dal primo contatto con i suoni.

Si noti che la trattazione seguente comprende implicitamente il termine “musica” in quanto essa è qui definita come “complessità di suoni”, senza limitarsi strettamente alla musica classica o a un ascolto di tipo eurocentrico.

La definizione qualitativa di un suono utilizza un lessico proveniente da svariati campi della realtà, dalle sensazioni, dal senso-significato; si attiva un circuito che combina i vari tipi di esperienza sensoriale per arrivare a definire un suono *acuto*, *opaco* oppure *freddo*.

Con questo semplice esempio è facile constatare la complessità effettiva di tale processo e la difficoltà a cui potrebbe portare un ipotetico tentativo di classificazione, poiché esso mette in atto una serie indefinita di codici fondati su caratteri non soltanto sensoriali, ma che organizzano i corpi secondo le loro proprietà cinestetico-dinamiche oppure codici culturali generali (evento sonoro “fatto a...”: costellazioni, sprazzi, volute).

Attraverso l'interpretazione sonora si palesa un duplice rapporto con la realtà che vede l'evento acustico come rispecchiamento del mondo materiale grazie alla possibilità di tradurre il tangibile in esperienza sonora, ma anche come invenzione o modifica: attraverso il corpo a corpo con il suono l'uomo si esprime e muta la realtà.¹⁷¹

Il tatto è il primo dei sensi che più facilmente si riconduce all'udito, definibili l'uno

¹⁷¹ G. Stefani, *Capire la musica*, Espresso Strumenti, Cuneo, 1981; Id., *Perché la musica*, La Scuola, Brescia, 1979.

come il prolungamento dell'altro, in quanto nel momento in cui l'udito non ha sensibilità tale per cogliere, ad esempio, la vibrazione di un corpo sonoro, il contatto fisico con l'oggetto stesso permette al tatto di sostituirsi a quest'ultimo e percepire il movimento.

L'importanza del coinvolgimento della fisicità è sperimentabile nel caso dello strumentista che necessariamente instaura un contatto talmente diretto con lo strumento da farlo apparire come un proprio prolungamento corporeo, oppure nell'esperienza della danza, in particolare quella generata dall'ascolto di musica leggera o musica “pop” in quanto “popolare”.

Nonostante la maggior parte delle produzioni sonore (dal jazz al folk, al rock) siano nate non solo per comunicare un messaggio, ma anche come elemento culturale proprio e fondante di un popolo, alcune musiche, come il rock 'n roll alla fine degli anni 60, si sono caratterizzate per un “annullamento delle distanze” fra esecutore e ascoltatore.

Il corpo che ascolta non si limita a un coinvolgimento passivo: per sua struttura biologica è esso stesso produttore di varie sonorità come ad esempio il battito cardiaco, la cadenza del respiro, i rumori causati dai movimenti muscolari di labbra o lingua, per non parlare di tutti i suoni provocati col movimento.

Questi suoni sono utilizzati dai bambini stessi nei primi mesi di vita: vengono prodotti al fine di stimolare e retroalimentare il proprio udito, riconoscendoli come parte di reazioni interne od esterne e sfruttandoli per coniugare se stesso con l'esterno e le proprie percezioni.¹⁷²

Ascoltare con il corpo aiuta a immedesimarsi con tutti i cinque sensi, a comprendere meglio il senso della ritmica e utilizzare la musica come linguaggio dell'emotività e

¹⁷² G. Stefani, *Perché la musica*, La Scuola, Brescia, 1979, p.13.

dei sentimenti.

Nel rapporto col suono l'uomo non partecipa soltanto come soggetto che risponde personalmente e singolarmente, in esso si esplicano molti dei comportamenti riconducibili alla figura dell'uomo come parte della società.

Perché l'uomo fa musica? La scelta di fare musica non può limitarsi e ricercarsi solamente in motivazioni storico-culturali se non quando per musica si intende una sezione ben definita dell'espressione sonora, come può essere la musica colta di matrice europea.

Attraverso gli studi dell'etnomusicologia è facile vedere come ogni popolazione mondiale abbia spontaneamente instaurato rapporti col materiale sonoro, ovviamente con pratiche e metodi differenti, ma producendola quasi fosse un bisogno istintivo e biologico riversato nella relazione con gli altri tanto da diventare un canale culturale e di comunicazione.

L'uomo che fa musica è lo stesso *homo faber* che necessita del lavoro, in termini di fabbricazione, per definirsi all'interno della società stessa: nelle culture primitive, come attesta l'etnomusicologo Schaeffner¹⁷³, il lavoro e la produzione sonora procedevano quasi parallelamente, poiché tutti gli strumenti da lavoro come il mortaio o l'arco da caccia si trasformavano con estrema facilità in strumenti musicali, soltanto decontestualizzando l'uso dei vari oggetti.

Una volta presa coscienza delle sue molteplici capacità, si può trasformare un semplice mortaio in tamburo a membrana e può essere isolato dal suo iniziale campo di utilizzo per agire in campo autonomo e divenire strumento musicale.

¹⁷³ André Schaeffner (1895 -1980), musicologo, s'interessò contemporaneamente di etnografia musicale e di musica moderna, pubblicando numerosi volumi e saggi. Fondò il Dipartimento di etnomusicologia del Musée de l'Homme nel 1929 e fu inoltre presidente della Société française de musicologie.

Non si tratta soltanto di una variazione sul tema del lavoro poiché nella produzione di strumenti musicali l'uomo mette la stessa motivazione e lo stesso impulso istintivo fabbricatorio che lo spinge ad agire sui materiale per plasmarli e soddisfare le necessità primarie.

Il suono diventa un'ennesima materia con cui costruire: strumenti adatti al fine posto, stimolare la creatività, sperimentare le capacità di un oggetto per arrivare infine, sempre con questa stessa idea di base, alla composizione stessa.

La fabbricazione è, all'interno di una società, un mezzo di comunicazione in quanto è in grado di tradurre contenuti e modo d'essere (parole, gesti, abbigliamento, ecc...) di una specifica collettività.

A partire dal linguaggio orale, il quale non si limita al linguaggio verbale ma comprende espressioni più specifiche quali le intonazioni, per continuare ad esempio con le onomatopee, l'espressione sonora è quotidianamente utilizzata per comunicare.

La semantica della musica è spesso ignorata in quanto assimilata dal nostro sistema culturale e quindi spesso utilizzata senza rendersene conto, ad esempio nei riti religiosi o civili e nella segnaletica del traffico stradale, per non parlare delle specifiche storie culturali.

Le musiche popolari, o facilmente collegabili a un determinato periodo storico come la musica Barocca, sono in grado di dire molto sulla società in cui sono nate analizzando il metodo compositivo, il genere stesso e le restanti convenzioni tacitamente contenute, espresse in codici, che vanno storicamente modificandosi insieme all'ascoltatore.

Musica come elemento della socialità e mezzo di comunicazione, il quale deve poter essere proprio e utilizzabile da ogni singolo elemento della comunità in quanto tale:

egli dovrà prenderne consapevolezza poiché l'attività sonora partecipa attivamente nella vita di ognuno.

Nella sfera del sociale vi è un'altra componente, già ampiamente chiamata in causa e anch'essa riconducibile al mondo del sonoro: il gioco.

Johan Huizinga nella sua antropologia del gioco¹⁷⁴, mette in evidenza come il gioco e la musica siano due campi di azione ravvicinati, per l'autore addirittura sovrapposti, considerata la veste di *nobile gioco* a fondamento etico data alla musica a partire dall'antica Grecia e dal pensiero di Aristotele¹⁷⁵.

Nella musica è facile riconoscere alcune delle caratteristiche formali del gioco come il limite spaziale, la possibilità di determinare un ritmo e un ordine, ma soprattutto la capacità di estraniare: la musica libera dal quotidiano provocando un sentimento di gioia che si conserva anche con una musica non propriamente allegra.

Altrettanto interessanti sono le analisi fatte da Huizinga sui termini (europei e non) che nelle varie culture indicano chiaramente il rapporto fra musica e gioco, dall'inglese “(to) play” al francese “jouer”.

Stefani specifica come le tre fasi del gioco teorizzate da J. Piaget siano applicabili prescindendo dall'età dei soggetti e si ritrovano nelle pratiche sociali intorno alla

¹⁷⁴ J. Huizinga, *Homo ludens*, Einaudi, Torino, 2002.

¹⁷⁵ Aristotele nel testo *Politica*, specificatamente nel libro VIII°, parla della musica proprio in relazione all'educazione, inclusa tra le altre materie di insegnamento quali la grammatica, la ginnastica e il disegno (più importanti sono saper leggere, scrivere e gli indispensabili rudimenti di matematica e geometria) poiché per sua stessa natura l'uomo ricerca l'ozio (il quale è fine stesso dell'azione) e la musica si pone come “svago nobile”. Successivamente (*VIII 1339 a – 1340 b*) continua a interrogarsi su *quale potenza essa possiede e per quale fine conviene darsi a essa*, cioè se per divertimento e riposo, oppure come promotrice di virtù dando, come la ginnastica, una certa qualità al carattere, o ancora se essa concorre alla “ricreazione intellettuale” e alla conoscenza. Forse, conclude l'autore, partecipa di tutte e tre infatti il divertimento è in vista del riposo, il riposo di necessità è piacevole e la ricreazione intellettuale deve avere non soltanto nobiltà ma anche piacere. Altrettanto interessante è l'analisi sui caratteri della musica e l'influenza che questi possono avere sull'anima con conseguente riconoscimento della sua utilità nell'educazione giovanile: la musica serve per addolcire, come “condimento”. Aristotele tratterà anche ritmi e melodie nelle ultime pagine dell'VIII° libro.

musica.¹⁷⁶

Il gioco di esercizio è riscontrabile nel canto, nella manualità con gli strumenti e nelle capacità tecniche nate con l'esercizio: il crescendo della difficoltà e della spettacolarità si tramuta in vero e proprio virtuosismo per poi sfociare, ad esempio, nell'improvvisazione.

Ancor più facilmente del precedente, il gioco simbolico è individuabile in molteplici pratiche sociali, ad esempio nelle liturgie quando la propria voce va a identificarsi con quella della comunità attraverso l'intonazione di un canto o di una preghiera; altrettanto evidente è l'unione risultante dalle conoscenze comuni di musiche proprie della cultura popolare come le filastrocche, le serenate o più semplicemente gli inni. Ma è nel gioco di regole che il musicista si riconosce e può maggiormente sfruttare per la sua libertà creativa: attraverso la conoscenza delle regole della musica egli può scegliere di infrangerle e crearne di nuove.

Gioco come creatività, espressione e ricerca, in conseguenza a una musica capace di muoversi attraverso e oltre i limiti stessi.

Conoscendo cosa si intende generalmente per musica si può scegliere di comprendere in essa ciò che normalmente non vi rientra a partire dall'apparente antitesi stessa della musica, ovvero il rumore.

John Cage¹⁷⁷, compositore nato agli inizi del Novecento, fu in grado di estendere e modificare il concetto di musica utilizzando suoni provenienti da qualsiasi campo della realtà, sfruttando la condizione temporale del suono quindi giocando su silenzi e pause ma soprattutto scelse di cambiare il perché della relazione con i suoni.

La musica derivata dal metodo dodecafonico di Schonberg¹⁷⁸, quindi comprendente

¹⁷⁶ G. Stefani, *Perché la musica*, La Scuola, Brescia, 1979, pp.34-37.

¹⁷⁷ J. Cage, *Silenzio*, Shake, Rimini, 2010.

¹⁷⁸ M. Carrozzo – C. Cimagalli, *Storia della musica occidentale. Vol. 3: dal Romanticismo alla*

armonia, metodo di scrittura e strumenti musicali universalmente riconosciuti, ovvero quelli del 700-800, ha posto (e imposto) un canone e una definizione di musica chiusa entro limiti ferrei quasi impedendo la sperimentazione.

Cage sostiene che i suoni debbano essere ascoltati in quanto tali, non cercando di ridurre il loro essere sonoro ai canoni dell'umana concezione di musica.

La sua musica è sperimentale, se per sperimentale si intende *un atto il cui risultato è ignorato e non semplicemente in quanto descrittiva di un atto da giudicare più tardi in termini di successo o fallimento*¹⁷⁹ e, in quanto compositore, si definisce come un *organizzatore di suoni*.

*In questa nuova musica non accade nulla oltre ai suoni, quelli scritti e quelli non scritti. Quelli non scritti compaiono nella partitura come silenzi, aprendo le porte della musica ai suoni dell'ambiente circostante. (...) Non esistono cose come lo spazio vuoto o il tempo vuoto. C'è sempre qualcosa da vedere, qualcosa da udire. Anzi, per quanto ci possiamo sforzare di creare un silenzio non ci riusciremo mai.*¹⁸⁰

Termini come *silenzio* o come *rumore* non esistono, o meglio, esistono nel loro essere suoni: i rumori partecipi del nostro quotidiano se vengono ignorati disturbano, se vi si pone attenzione appaiono interessanti.

Per l'autore si tratta di una svolta psicologica: egli sceglie di non *controllare* più i suoni, di dare necessariamente un senso all'espressione sonora si possono.

I suoni non sono parole e non è necessario caricarli di emozioni imposte da un autore

musica elettronica, Armando editore, Roma, 2001; A. Schonberg, *Il pensiero musicale*, Astrolabio, Roma, 2011; Id., *Stile e idea. Saggi critici di musicologia*, Pgreco, Milano, 2012.

¹⁷⁹ J. Cage, *Silenzio*, Shake, Milano, 2010, p.22.

¹⁸⁰ *Ibidem*, p.15.

o esecutore, poiché esse nasceranno naturalmente dalle persone che già le possiedono.

Per quanto la figura di Cage¹⁸¹ sia al limite di una precisa convinzione ideologica, la sua definizione di rumore può aiutare a capire quanto questo fattore considerato scomodo possa invece essere fonte di ispirazione ed elemento d'interesse.

Che un evento sia definito suono o rumore dipende soltanto dalla percezione che di quest'ultimo si ha e se può ricevere una determinata sistemazione nell'ordine musicale precostituito, in caso di esito negativo sarà catalogato come disturbante, quindi come rumore.

Il rumore è *quello che fanno gli altri*, come scrive Stefani, un *suono handicappato*¹⁸² e già da questo si può notare quanto la percezione del suono possa essere relativa, non solo a livello soggettivo, ma anche rispetto ai canoni musicali più generali: il rumore è una sonorità troppo incomprensibile, secondo i termini musicali prestabiliti, per essere registrato.

Dal punto di vista pedagogico musicale il rumore è una componente di fondamentale importanza al fine di sviluppare una maggiore creatività: permette di inventare nuovi strumenti e nuovi codici a disposizione di tutti e di ampliare la visione della musica, includendovi ogni evento acustico.

Qual è lo scopo dello scrivere musica? Ovviamente, un primo scopo è non impicciarsi di scopi bensì di suoni. Oppure la risposta può assumere la forma di un paradosso: un'intenzionale mancanza d'intenti o un gioco senza scopo. Però questo gioco sarà un'affermazione della vita, non un tentativo di ricavare l'ordine dal caos

¹⁸¹ V. Cuomo – L.V. Distaso (a cura di), *La ricerca di John Cage*, Mimesis, Milano, 2013; G. Fronzi (a cura di), *John Cage. Una rivoluzione lunga cent'anni*, Mimesis, Milano, 2013.

¹⁸² G. Stefani, *Perché la musica*, La Scuola, Brescia, 1979, pp.15-16.

(...), ma semplicemente una maniera di risvegliarci alla stessa vita che stiamo vivendo.¹⁸³

La musica come atto capace di portare al *risveglio*: Cage lo definisce un risveglio alla vita.

In termini differenti, ma tenendo come fondante lo stretto rapporto fra musica e vita, si esprime il maestro D. Barenboim.

Facendo sue le parole che l'umanista Lodovico Settembrini pronuncia ne *La montagna incantata* di T. Mann, l'autore afferma:

*La musica sveglia il tempo, la musica sveglia in noi al più raffinato godimento del tempo, e in quanto sveglia è morale. Morale è l'arte in quanto sveglia.*¹⁸⁴

Per natura non udiamo il tempo, accade invece quando abbiamo a che fare con un brano musicale in quanto il tempo è l'elemento caratterizzante per determinare la sostanza della musica.

Barenboim chiarisce la differenza fra suono e musica definendo il primo come un'unità, un singolo elemento sonoro, mentre per musica si intende l'insieme organico dei suoni dove, oltre ogni differenza melodica, di durata o qualitativa, tutti gli elementi si integrano, legati da armonia, ritmo e melodia.

L'espressività è data dal collegamento fra le note, definita sotto il termine “legato”, il quale impone a ogni nota una precisa collocazione e funzione, la quale deve essere rispettata al fine di far funzionare l'insieme e creare la musica.

¹⁸³ J. Cage, *Silenzio*, Shake, Milano, 2010, p.21.

¹⁸⁴ D. Barenboim, *La musica sveglia il tempo*, Feltrinelli, Milano, 2008, p.40.

Ogni singola nota è di fondamentale importanza, sia che faccia parte del tema dominante o dell'accompagnamento.

Può capitare che questi non si trovino d'accordo come avviene nel contrappunto: in esso note e voci diverse paiono discutere, lottare o ancor meglio, sfidarsi, ma in questo caso il confronto si muove su un terreno di rispetto e necessità reciproca.

Le voci principali devono assumersi la responsabilità della melodia dominante, ma ciò non sarebbe possibile senza l'accompagnamento, il quale guadagna la sua forza e importanza proprio nel sostenere e completare le principali.

Tale gerarchia rispetta l'individualità di ciascuna voce che, pur non potendo vantare gli stessi diritti, ha certamente la stessa responsabilità di tutte le altre.

Nell'unione armonica viene compreso, anzi, è di fondamentale importanza, l'elemento caro a Cage, ovvero il silenzio.

Silenzio come origine, fine e di nuovo inizio di ogni esperienza musicale o sonora.

Contrariamente a ogni oggetto a cui siamo abituati, un suono non può essere lasciato e poi ritrovato: è compito del musicista, nel senso più ampio del termine, portarlo nel mondo fisico per poi scegliere di sostenerlo e non farlo di nuovo svanire nel silenzio.

Per quanto le note abbiano un limite temporale di esistenza la fine dell'ultimo suono non è il termine della musica, pone solo un altro inizio e in questi termini la musica è specchio della vita: entrambe cominciano e terminano nel nulla.¹⁸⁵

La vita, o per lo meno la condizione umana, è di fatto il contenuto stesso della musica: attraverso la composizione e l'esecuzione l'uomo esprime pensieri, osservazioni, impressioni e sentimenti.

L'uomo riversa nella musica l'elemento che lo caratterizza in quanto essere umano e permette di donarle senso: il pensiero.

¹⁸⁵ *Ibidem.*

Barenboim richiama, facendolo suo, l'assioma spinoziano *l'uomo pensa*¹⁸⁶ portandolo alla base di molte sue riflessioni sulla vita e parallelamente sulla musica.

Secondo il filosofo, seguito dal direttore d'orchestra, il processo attivo che ci permette di avvicinarci alla vera libertà richiede un'acuta consapevolezza dei propri desideri, per evitare così di cadere nell'impotenza di dar forma alle nostre idee e atti.

Affermare ciò significa porre al primo posto l'intelletto, il quale comunque dovrà equilibrarsi con gli altri aspetti dell'essere umano, come l'emotività, per raggiungere la libertà autentica.

*La percezione razionale e quella emotiva non sono in conflitto, anzi ciascuna guida l'altra (...) l'intelletto determina la fondatezza della reazione intuitiva, e l'elemento emotivo offre a quello razionale una sensibilità che umanizza l'insieme.*¹⁸⁷

Esattamente come avviene in musica, ad esempio nell'esecuzione di un brano: un eccesso di analisi non intralcerà la qualità intuitiva e la libertà espressiva, poiché solo attraverso una conoscenza approfondita del brano e la sicurezza del gesto esecutivo, sarà possibile dare campo libero all'immaginazione.

Nell'improvvisazione ad esempio, ovvero quando il musicista sceglie una direzione inaspettata rispetto alla melodia scritta, è necessaria familiarità ed esercizio, derivanti soltanto da uno studio intenso e una perfetta interiorizzazione del brano: non dovrà mai ricorrere al pensiero intellettuale poiché confiderà nel fatto che i moti spontanei emergano dall'approfondita conoscenza del lavoro.

¹⁸⁶ B. Spinoza (1677), *Etica*, Bompiani, Milano, 2007.

¹⁸⁷ D. Barenboim, *La musica sveglia il tempo*, Feltrinelli, Milano, 2008, p.48.

*Diventare davvero liberi e spontanei nell'esecuzione musicale è come diventare padroni dei propri pensieri, secondo i principi esposti da Spinoza.*¹⁸⁸

Diventare padroni dei propri pensieri significa essere liberi, rendendo così possibile il raggiungimento della vera libertà di pensiero; fondamentale per impedire che questa venga limitata è la capacità di formulare domande.

Secondo Barenboim porsi domande circa la propria esistenza è l'unica arma di cui disponiamo per contrastare il dogmatismo, in quanto l'idea stessa di ricerca implica la volontà di imparare per gradi senza avere la garanzia di raggiungere una piena conoscenza alla fine del processo.¹⁸⁹

Avviare la ricerca significa mantenere libere le idee, ovvero non imprigionarle in un sistema ove perderebbero la propria essenza e forza, poiché significherebbe portarle ad attuazione senza alcuna attenzione alla correlazione contenuto-tempo, applicandola indistintamente senza bisogno di ulteriori indagini.

Le idee hanno bisogno di essere sottoposte a ulteriori esami, senza limitarsi al personale accordo con esse.

Ciò può essere possibile attraverso un costante confronto, ancora meglio, attraverso la discussione la quale permetterà a un'idea di rimanere flessibile e di crescere, mantenendo costante l'esplorazione intellettuale.

Acquisendo conoscenza ci avviciniamo, sempre in termini spinoziani, all'infinito, ovvero a Dio in quanto *causa sui* e causa di tutte le cose, tra cui l'uomo che fonda appunto la sua finitudine sull'infinito stesso¹⁹⁰.

Ugualmente la finitudine di ogni interpretazione musicale si fonda sulla finitudine

¹⁸⁸ *Ibidem*, p.57.

¹⁸⁹ *Ibidem*, p.49.

¹⁹⁰ B. Spinoza (1677), *Etica*, Bompiani, Milano, 2007.

delle possibilità a nostra disposizione.

In questi termini lo spartito è la sostanza ultima e perfetta, mentre dubbia e indefinita è l'interpretazione dell'esecutore, il cui compito non è quello di reinterpretare la musica, ma cercare di unirsi a essa e diventarne parte; in questo caso la ricchezza dell'interpretazione è direttamente proporzionale alla curiosità dell'esecutore.

Egli ricercherà sempre più elementi e interrogativi che porteranno a un'accurata analisi del brano al fine di comprenderla in ogni sua parte.

Come il Dio di Spinoza non è fuori dal mondo, così lo spartito deve essere interiorizzato per permettere al musicista di avvicinarsi sempre di più alla sua naturale perfezione, affermandosi così come umano o esecutore in vista della nostra esplicita finitudine.

Il dialogo fra parti, o più precisamente fra intelletto, emozioni e intuizione, è l'essenza di quel processo che porta all'iniziale affermazione *l'uomo pensa*.

Come scrive Barenboim, includere il dialogo in ogni ambito, dalla musica alla politica, alla vita non sarà necessariamente garante di armonia perfetta, ma crea di certo le condizioni necessarie alla cooperazione.¹⁹¹

2§ Musicoterapia

La musicoterapia¹⁹² è una disciplina psico-corporea che attiva percorsi riabilitativi e terapeutici di presa in carico della persona in situazione di disagio, lasciando

¹⁹¹ D. Barenboim, *La musica sveglia il tempo*, Feltrinelli, Milano, 2008, p.59.

¹⁹² M. Broccardi (a cura di), *Nutrendosi di suono. Otto musicoterapisti si raccontano*, Pacini Editore, Pisa, 2013; J. Guilhot – M. A. Guilhotm – J. Jost – E. Lecourt, *La musicoterapia*, Guaraldi Editore, Rimini – Firenze, 1974.

intravedere le singole potenzialità fondandosi sulla teoria delle intelligenze multiple, nel rispetto dell'individualità di ciascuno.

Essa è identificabile come metodologia interna all'arte-terapia che si avvale del mezzo musicale, vocale, strumentale in genere, per rieducare ed esplorare il piano emozionale e affettivo.

Il musicoterapeuta può essere un musicista, un infermiere, un operatore, un educatore, pedagogista o psicoterapista che sfrutta l'azione della musica, usata come strumento di disciplina del pensiero ed espressione di emozioni attraverso la motricità.

A un livello più profondo la musica facilita il ristabilimento dei ritmi fondamentali dell'organismo e delle loro sincronie.

La musica viene utilizzata per il rilassamento anche in casi di soggetti instabili o nervosi, poiché contribuisce a creare un clima più intimo e gradevole, in particolare negli ambienti ospedalieri.

L'armonia della vita emozionale e affettiva costituisce uno degli obiettivi maggiormente perseguiti da pedagogisti e psicoterapeuti, passando attraverso la conoscenza di se stesso, la conoscenza e la comprensione dell'altro, fino all'accettazione dell'alterità e della realtà umana in ogni sua forma.

Le tecniche utilizzate permettono di esplorare le problematiche personali conscie e inconscie, favorendo l'individuazione delle formazioni psicopatologiche.

Possono essere facilmente provocate delle catarsi capaci di rivelare desideri, timori, pulsioni aggressive che permettono di comprendere l'intensità dei conflitti e i loro significati, passando per vie più simili a quelle del sogno e dei mondi ideali.

La musica come le arti in genere è occasione per evadere o fuggire dinanzi a una

realtà vissuta come monotona o addirittura difficile; è linguaggio privilegiato che dona voce direttamente alla vita affettiva.

Le tecniche psicomusicali penetrano i rapporti che uniscono la vita interiore alla realtà esterna, soprattutto laddove vi sia una congiunzione personale fra musica, evento o soggetto realmente esistente.

Come mezzo d'espressione fatto proprio, la musica suscita sicurezza, distensione e aiuta il soggetto a rispondere senza resistenza e angoscia, permettendo la creazione di un dialogo.

Attraverso la musicoterapia si risvegliano i sentimenti costruttivi, l'immaginazione e l'intelligenza creatrice, prodotti con adeguate stimolazioni o incitamento.

Il fine del lavoro è anche arrivare a una *riorganizzazione della personalità*: dei desideri, obiettivi e mezzi realizzati sia nella vita interiore che di relazione e in quella intima.

I metodi utilizzati per l'analisi sono elaborati nel corso della terapia: come per la psicanalisi, il musicoterapeuta interviene in un'area sconosciuta di cui non possiede le chiavi d'accesso, motivo per cui l'attenzione deve sempre essere rivolta a condizionamenti imprevisti o legami fortuiti.

Alcuni elementi utilizzati come modi d'influenza sono la tonalità, l'armonia, il tempo, la melodia, il timbro, la strumentazione oltre a testi, atmosfera, struttura musicale e modo.

L'importanza dell'elemento musicale sta nella capacità di suscitare emozioni ed è in questo che si fonda la base terapeutica.

Già nella prima metà del XX° secolo il potere affettivo della musica è stato largamente studiato in particolare negli USA¹⁹³, portando risultati fondamentali che

¹⁹³ Schoen e Gatewood (1927) in M. Schoen, *The effects of music. A series of essays*, K. Paul,

riassumono i criteri base della pratica.

La musica determina un cambiamento dello stato affettivo esistente e l'effetto dominante di un'opera musicale è costante da un'audizione all'altra; inoltre sono risultate uniformi le risposte affettive presso la maggior parte dei soggetti.

Le risposte sono frutto di una rete di fattori di cui i più importanti sono il temperamento, l'educazione e l'opera musicale stessa.

Ruolo decisivo è dato da quella forma di relazione e comunicazione generalmente intesa nel termine *amore* inteso non come fusione bioaffettiva, né simbiosi emozionale, ma come *comunione nella reciprocità*.

Comunione cioè interpretazione vera delle coscienze e degli esseri la cui coscienza è la famiglia, *nella reciprocità* intesa come accentuazione del carattere originale, differenziale delle personalità in presenza; è il contrario dell'assimilazione, dell'identificazione patologica.

Importante in questo senso è il ruolo dell'ambiente culturale, ovvero l'ambiente extra-familiare, sociale che comprende l'estraneo, l'amico e il nemico¹⁹⁴.

Derivante dal confronto del soggetto con questo mondo è il bisogno di realizzare la reciprocità e l'espansione, spesso causa di conflitto fra stato d'impotenza e quello di espansione e reciprocità, all'origine di molte reazioni patologiche dominate dalla perturbazione dell'atto di riconoscimento.

Nella prospettiva terapeutica è rilevante evidenziare il legame fra personalità intima e personalità sociale, in un percorso che associ l'uso delle espressioni esterne a quello

Trench, Trubner & Co., Londra, 1927; Hevner (1936) in K. Hevner, *Experimental studies of the elements of expression in music*, The American Journal of Psychology, Vol 48, 1936, pp.246-268; Capurco (1952) e Cattell (1953) in J. C. Anderson – R. B. Cattell, *The measurement of personality and behavior disorders by the I. P. A. T. Music Preference Test*, Journal of Applied Psychology, Vol 37(6), 1953, pp.446-454.

¹⁹⁴ M. Broccardi (a cura di), *Nutrendosi di suono. Otto musicoterapisti si raccontano*, Pacini Editore, Pisa, 2013.

delle rappresentazioni e creazioni interne.

Perché una rappresentazione diventi operante e quindi curativa, bisogna che venga evidenziato il suo carattere motorio e per fare ciò essa deve iscriversi al livello delle strutture dei meccanismi e degli schemi espressivi psicomotori e verbo-motori del soggetto.

Questo è il motivo per cui la musicoterapia fa ricorso a una gamma di stimolazioni sensomotorie anche se si è rivelato difficile isolare gli effetti specifici dalle stimolazioni e sapere in che misura gli effetti prodotti dipendano direttamente dalle singole stimolazioni o piuttosto dalla formazione di riflessi condizionati.

Per esempio una stimolazione uditiva può avere un effetto dominante sul sistema parasimpatico o simpatico e favorire così condizionamenti di una certa natura dove non interviene affatto il significato della stimolazione, ma soltanto il fenomeno emozionale legato a un'attivazione del simpatico o del parasimpatico.

Queste stimolazioni potrebbero quindi essere sostituite da stimolazioni vicine il cui effetto sarebbe identico.¹⁹⁵

Il metodo d'azione utilizzato è comunque strettamente unito ai metodi pedagogici e psicoterapeutici, come anche a ogni metodo d'azione sociale o socioculturale che tenda a integrare un soggetto nella vita affettiva e intellettuale di un dato gruppo.

Il mondo interiore è portavoce di aspirazioni, sistemi di coscienza, modi di pensare, di rappresentazione e delle condotte mentali legate all'ambito dell'immaginario.

L'universo esteriore, invece, mette in causa obiettivi di vita, modi d'espressione

¹⁹⁵ J. Guilhot – M. A. Guilhotm – J. Jost – E. Lecourt, *La musicoterapia*, Guaraldi Editore, Rimini – Firenze, 1974, p. 7.

affettiva, forme di linguaggio, attitudini e comportamenti interpersonali.

In sintesi la musicoterapia si pone come terapia, scienza della comunicazione e delle creazioni intrapsichiche e interpersonali, come scienza delle creazioni e delle comunicazioni esteriori.

Nella relazione terapeutica propriamente detta, il rapporto medico e paziente risente del transfert nella sua duplice visione positiva o negativa che porta il paziente a esteriorizzare il modo complesso di relazioni, utilizzato sin dall'infanzia per fronteggiare situazioni dove la relazione interpersonale risultava difficile o quantomeno non permetteva una relazione spontanea.

Nel transfert il paziente porta rappresentazioni di se stesso e dell'altro, relazioni affettivo-emozionali, proiezioni di attitudini e sentimenti sull'immagine dell'altro.

Il medico ha un ruolo chiave e centrale: è necessariamente investito di un'enorme responsabilità morale e affettiva che nel tempo può trasformarsi in risentimento e rivendicazione (transfert negativo) o al contrario l'instaurarsi di un legame affettivo può portare a un sentimento amoroso (transfert positivo).

Nella musicoterapia vi è un terzo elemento a mediare il rapporto fra medico e paziente, ovvero la musica stessa: la relazione è centrata sulla scelta dell'opera, sull'ascolto e l'effetto prodotto.

In alcuni casi i malati proiettano il sentimento dominante su ogni brano ascoltato, almeno nelle prime fasi del trattamento, motivo per cui la scelta dell'opera è determinante, come anche porre particolare attenzione alle attitudini dei pazienti nei confronti delle opere musicali.

Indipendentemente dalla cultura musicale del paziente e della personale sensibilità estetica, la chiave di volta sta nella risposta data a un determinato brano: grazie alla

sua capacità evocatrice, la musica consente di far sorgere e sviluppare un materiale onirico.

Lungi dal voler determinare una passività, la musicoterapia stimola il linguaggio del movimento e della vita; proprio per questo motivo ha facile accesso all'inconscio e provoca un effetto liberatore delle pulsioni rimosse.

3§ La voce che cura: attività musicale nelle comunità terapeutiche.

L'uso della musica trova sempre più applicazione e sempre maggiori risultati positivi in diverse situazioni terapeutiche e riabilitative; in linea con la trattazione fin qui esposta è funzionale mettere in risalto alcune delle possibili applicazioni.

Essa è innanzitutto potente stimolo di reminiscenza, utile per evocare ricordi ed esperienze di vita, luoghi, volti ed emozioni forti associati a ricordi non sempre facili e spesso relegati in angoli bui della memoria emotiva.

La capacità di ricordare porterà un miglioramento dello stato d'animo del soggetto, favorendo l'autostima e la diminuzione dello stress: la musica aiuta a modificare l'atmosfera di un dato luogo, porta rilassamento, facilita comunicazione e movimento.

Ad esempio, quando viene proposta una musica da ballo o vengono evocati ricordi che richi amino feste o balli può nascere spontaneo il desiderio di ballare o muoversi seguendo la melodia.

Come già esposto nel secondo capitolo, le pratiche di reminiscenza sono largamente utilizzate in casi di malati di Alzheimer¹⁹⁶ e vengono elaborate sia per singoli soggetti

¹⁹⁶ E. Bruce - S. Hodgson - P. Schweitzer, *I ricordi che curano Pratiche di reminiscenza nella*

che per gruppi.

Laddove il gruppo si dimostri accogliente, la possibilità di esprimere se stessi anche grazie all'attività musicale, può essere un'occasione terapeutica.

Uno dei partecipanti si mise a cantare una canzone che emozionò fino alle lacrime un'altra persona del gruppo. L'uomo smise allora di cantare e le domandò scusa, ma quella che piangeva gli chiese di continuare, perchè la sua emozione era sì forte, ma in senso positivo e non le faceva paura.¹⁹⁷

Il canto corale è un'occasione per creare legami tra partecipanti e per sviluppare la convivialità, anche per quelle persone che presentano difficoltà nell'esprimersi: sarà più semplice ricordare parole di canzoni imparate molto tempo prima, soprattutto grazie all'aiuto e al supporto dato dai conduttori.

Non è importante il ricordo del testo, quanto la partecipazione al gruppo, anche con qualche frammento di frase, fischiettando o battendo il tempo a ritmo,

Sarà comunque più semplice cantare o recitare filastrocche che si ripetevano da bambini, le canzoncine della prima infanzia che possono far sorgere ricordi, anche a seconda della regione geografica di provenienza.

L'animatore potrà interrompere la musica brevi periodi di tempo e porre ai presenti delle domande per favorire l'espressione dei ricordi, ad esempio chiederà cosa stanno ricordando, quali persone, situazioni o avvenimenti.

Altrettanto importanti sono le azioni fatte col corpo e, anche in questo caso, per

malattia di Alzheimer, Cortina Raffaello, Milano, 2003; D. Demetrio, *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina, Milano, 1996.

¹⁹⁷ E. Bruce - S. Hodgson - P. Schweitzer, *I ricordi che curano. Pratiche di reminiscenza nella malattia di Alzheimer*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003.

facilitare l'azione possono essere proposte azioni specifiche, legate a rituali collettivi, al lavoro o compito familiare.

Ad esempio compiere azioni comuni come cancellare con la gomma, danzare un brano musicale, eseguire gesti e movimenti legati a rituali religiosi o alla preghiera: il corpo potrà riconoscere un'azione familiare e ricordarsene, anche se le parole vengono a mancare.

Il potere evocativo del suono rende il processo percettivo a esso connesso un momento importante della relazione fra terapeuta (operatore o educatore) e soggetto portatore di disturbo.

Proprio per la densità significativa e la profondità delle evocazioni suscitate, il suono è quel motore che permette di cercarsi e ritrovarsi in un processo finalizzato alla riabilitazione e al miglioramento.

In particolare quando la musica è prodotta direttamente dai soggetti coinvolti, essa diviene specchio del momento, esperienza e produzione unica, portatrice di benessere e gioia perché mezzo espressivo.

Produzione e riascolto fanno entrambe parte del progetto riabilitativo terapeutico: immagine mentale, suono e musica sono collegati nell'attivazione del pensiero e dell'atto creativo.

Agire, agito, pensato... sono il propellente del cambiamento, si trasformano in un luogo musicoterapeutico se il conduttore trova la coerenza e la naturalezza nell'attribuire un senso musicale delle parti costituenti e se l'evoluzione del percorso realizzato si “trasforma” in un processo di riappropriazione di parti sane a scapito di quelle meno sane.

L'azione, cioè il movimento agito o pensato, attiva le strutture neurali necessarie alla realizzazione degli eventi sonori.

Immaginare di produrre un suono e una musica spesso è sentirla dentro di sé.¹⁹⁸

Luciano Mammana, docente di pianoforte, di sostegno e Musicoterapista, scrive queste parole raccontando la propria esperienza nell'O.P.G. (Ospedale Psichiatrico Giudiziario) di Montelupo Fiorentino, presso cui condusse un laboratorio di socializzazione interno al programma del Piano Educativo d'Istituto dell'O.P.G.

La particolarità della struttura ha previsto la considerazione di una serie di fattori contrapposti: dalla necessità di contenimento del soggetto, al riconoscimento e valorizzazione di aspetti della personalità utili a realizzare un efficace trattamento terapeutico e riabilitativo.

L'azione è andata a focalizzarsi sul consolidamento di principi quali il rispetto reciproco, l'accettazione o quantomeno la tolleranza delle regole della società, il tutto rimodulato in relazione all'entità della malattia mentale.

Data la difficoltà non solo della condizione dei singoli ospiti, ma dalle regole della struttura stessa, a metà fra la dimensione carceraria e sanitaria, in cui le libertà del soggetto sono doppiamente limitate, i sentimenti dominanti sono lentezza, disillusione, fatica, con grandi aspettative nei confronti della persona esterna, possibile portatore di speranza e benessere.

La voce rassicura, suoni diversi possono tenere a bada le energie, come anche farle esplodere, accendere entusiasmo e regalare uno sguardo positivo anche interno allo stato di pena.

¹⁹⁸ L. Mammana, *O.P.G.: la musica dentro*, in M. Broccardi (a cura di), *Nutrendosi di suono. Otto musicoterapisti si raccontano*, Pacini Editore, Pisa, 2013, p.57.

Per gli ospiti dell'O.P.G. l'influsso sociale non è sempre positivo, anzi, è più probabile che abbia rilevanza negativa laddove vi siano stati incontri sbagliati, l'assenza di figure genitoriali efficaci, di intervento della collettività o la cura tardiva. L'intervento musicale in gruppo apre uno spazio dove i contenuti espressi dal singolo sono concretizzati nell'ascolto dell'altro, dando voce a sentimenti ed emozioni inesprimibili senza il linguaggio artistico, privo di giudizio o intellettualismi, ma forte soltanto del senso di piacere e di soddisfazione provato nell'espressione della propria creatività.

Per questo motivo l'improvvisazione è uno dei metodi di intervento che porta maggiori risultati positivi: è un incontro di inventiva, spontaneità, estemporaneità realizzata nell'azione simultanea della creazione sonora.

Se a inventare è un gruppo e non un singolo, si attivano anche collaborazione, ascolto e lavoro di gruppo¹⁹⁹.

L'importanza della musica si centra anche sulla capacità di modificare il tono dell'umore nell'ascoltatore, da trattare però con attenzione dato che può generare reazioni negative, deliranti o comunque disturbare chi ascolta.

Il suono è motore di immaginazione, preziosa risorsa del nostro sistema nervoso che dona la possibilità di soffermarci su aspetti irreali, ma comunque creati da noi, quindi autenticamente percepiti.

Il dialogo sonoro che nasce dalla traduzione di queste percezioni interiori è la dimensione terapeutica legata alla relazione ed è qui che sta il senso della musicoterapia: un flusso di scambi tra elementi umani in elementi sonori portatori di significato.

¹⁹⁹ W. Prati, *All'improvviso. Percorsi di improvvisazione musicale*, Auditorium, Milano, 2010; D. Sparti, *L'identità incompiuta. Paradossi dell'improvvisazione musicale*, Il Mulino, Bologna, 2010.

La musica travalica, ogni orecchio la percepisce in modo diverso, è multiforme e si trasforma in ogni persona rigenerandosi sempre nuova: immagine della musica necessaria per avvicinarsi mediante i suoni, in una relazione con l'altro.

Essere aperti e accoglienti, non giudicanti, pronti a osservare dalle diverse angolazioni, vedere negli spazi tra le forme, ascoltare per entrare in un rapporto di empatia.

*Musica che diventa non un semplice linguaggio, ma che è presente in ogni linguaggio.*²⁰⁰

Mascia Vannozzi descrive l'azione della musica come mezzo di relazione e scambio, applicato in una dimensione fatta di tempo, spazio e vibrazioni condivise.

Accogliere la differenza è il primo passo per incontrarsi con l'altro, facilitato grazie all'aspetto ludico-creativo della musica che permette un libero fluire delle emozioni, rendendo la musica un vero e proprio canale di cura.

Con la flessibilità che le è peculiare, la musica può modificarsi per andare incontro alle esigenze del soggetto, ascoltando i suoi bisogni e stimolando la dimensione creativa, emotiva e relazionale.

Nella sua esperienza, in particolare con soggetti disabili, Vannozzi sottolinea l'importanza di un percorso di riabilitazione che si contrapponga e ostacoli i sentimenti di dispersione, vaghezza, frammentazione, inerzia e vuoto d'iniziativa proprie dei pazienti.

Anche in questo caso l'improvvisazione è uno dei primi elementi portatori di soddisfazione: è la musica del gioco, della sperimentazione e dell'espressione, che da

²⁰⁰ M. Vannozzi, *In cammino con la musicoterapia*, in M. Broccardi (a cura di), *Nutrendosi di suono. Otto musicoterapisti si raccontano*, Pacini Editore, Pisa, 2013, p.75.

sola dona gioia nel semplice agire.

Sentirsi valorizzati e riconosciuti è ciò che più manca a persone relegate fuori dalla *normale umanità* di cui in realtà facciamo tutti parte.

Sono già stati largamente esposti tutti i pregi dell'attività musicale e della musicoterapia, ma è importante non discostarli dai risultati, materiali o emozionali, che tutti speriamo di raggiungere nel corso della nostra vita.

Amore per noi stessi e per gli altri, capacità di relazionarsi senza la paura del giudizio, avere la capacità di cambiare ciò che non ci piace, sia di noi stessi che del mondo che ci circonda.

Gioire per un risultato che sappiamo solo nostro e tenerlo stretto, apprezzando il proprio saper fare e aumentando la stima di se stessi, per poter vivere più serenamente l'uno con l'altro.

Bibliografia

AA.VV., *FilosoFare. Filosofia con i bambini*, edizioni Artebambini, Bazzano (BO), 2015.

AA.VV. , Mazzoli F. (a cura di), *Musica per gioco*, edizioni EDT/SIEM, Torino, 2008.

AA.VV., *Piccole ragioni. Filosofia con i bambini*, edizioni Franco Cosimo Panini, Modena, 2012.

Alberti L. B. (1447), *Momo o del principe*, pdf a consultazione libera Ouisia, <http://www.ousia.it/SitoOusia/SitoOusia/TestiDiFilosofia/TestiPDF/Alberti/Momo.pdf>.

Ambrosano A. - Barba M., *Ri-cre-azione. Progetto di laboratorio teatrale*, edizioni Armando Editore, Roma, 2002.

Antonacci F. - Cappa F. (a cura di), *Riccardo Massa. Lezioni su la peste, il teatro, l'educazione*, edizioni Franco Angeli, Milano, 2001.

Antonacci F. - Guerra M. - Mancino E., *Dietro le quinte. Pratiche e teorie nell'incontro tra educazione e teatro*, edizioni Franco Angeli, Milano, 2013.

Artaud A., *Il teatro e il suo doppio*, edizioni Giulio Einaudi Editore, Torino, 2000.

Barba E., *Teatro. Solitudine, mestiere, rivolta*, edizioni Ubulibri, Milano, 1996.

Barenboim D., *La musica sveglia il tempo*, edizioni Feltrinelli, Milano, 2007.

Barenboim D. - Said E. W., *Paralleli e paradossi*, edizioni Il saggiatore, Milano, 2008.

Barnes M. , *Storie di caregiver*, edizioni Erickson, Trento, 2010.

Beck J. S., *La terapia cognitivo – comportamentale*, edizioni Astrolabio, Roma,

2013.

L. Bentivoglio, *Pippo Delbono. Corpi senza vergogna*, Barbes, Firenze, 2009.

Bernardi C., *Il teatro sociale. L'arte tra disagio e cura*, edizioni Carrocci, Roma, 2004.

Bernardi M. - Frabetti R., *Naviganti: ragazzi e teatro, incontri di laboratorio*, edizioni Pendragon, Bologna, 2000.

Bianchetti A. – Trabucchi M., *Alzheimer*, edizioni Il Mulino, Bologna, 2010.

Boal A., *L'estetica dell'oppresso. L'Arte e l'Estetica come strumenti di libertà*, edizioni La Meridiana, Molfetta (BA), 2011.

Borella E. – Faggian S. – Gardini S. - Lobbia A. - Michelini G., *Promuovere il benessere nella persona con demenza. Una guida pratica per la stimolazione cognitiva ad uso del familiare e del caregiver*, edizioni Franco Angeli, Milano, 2016.

Borgna E., *Che cos'è la follia*, edizioni Luca Sossella Editore, Bologna, 2007.

Id., *Il tempo e la vita*, edizioni Feltrinelli, Milano, 2015.

Id., *L'attesa e la speranza*, edizioni Feltrinelli, Milano, 2011.

Id., *La fragilità che è in noi*, edizioni Giulio Einaudi Editore, Torino, 2014.

Id., *Parlarsi*, edizioni Giulio Einaudi Editore, Torino, 2015.

Brandimonte M. A., *Memoria, immagini, rappresentazione*, edizioni Carocci, Roma, 1997.

Brant S., *La nave dei folli*, Spirali, Milano, 2003.

Brezinka W., *Educazione e pedagogia in tempi di cambiamento culturale*, edizioni Vita e pensiero, Milano, 2011.

Broccardi M. (a cura di), *Nutrendosi di suono. Otto musicoterapisti si raccontano*, edizioni Pacini Editore, Pisa, 2013.

- Brook P., *Il punto in movimento*, edizioni Ubulibri, Milano 1988.
- Id., *La porta aperta*, edizioni Giulio Einaudi Editore, Torino, 2005.
- Id., *Lo spazio vuoto*, edizioni Bulzoni Editore, Roma 1998.
- Bruce E. - Hodgson S. - Schweitzer P., *I ricordi che curano*, edizioni Cortina Raffaello, Milano, 2003.
- Bruni V. - Furci F. - Potzolu G., *La scuola creativa. Per una didattica del teatro*, edizioni Armando Editore, Roma, 2001.
- Bruner J., *Alla ricerca della mente: autobiografia intellettuale*, edizioni Armando, Roma 1997.
- Id., *La fabbrica delle storie*, edizioni Laterza, Roma-Bari, 2006
- Cage J., *Silenzio*, edizioni Shake, Rimini 2010.
- Cambi F., *La cura di sé come processo formativo*, edizioni Laterza, Roma-Bari, 2010.
- Canevaro A. - Chieregatti A., *La relazione d'aiuto. L'incontro con l'altro nelle professioni educative*, edizioni Carrocci, Roma, 2015.
- Carrozzo M. – Cimagalli C., *Storia della musica occidentale. Vol. 3: dal Romanticismo alla musica elettronica*, edizioni Armando editore, Roma, 2001.
- Cavarero A., *Tu che mi guardi, tu che mi racconti. Filosofia della narrazione*, edizioni Feltrinelli, Milano, 1997.
- Cheah E., *Insieme*, edizioni Feltrinelli, Milano, 2009.
- Collacchioni L. – Mannucci A., *Diversabili a teatro. Corpo ed emozioni in scena*, edizioni Ecig, Genova, 2009.
- Contini M. (a cura di), *Il gruppo educativo*, edizioni Carrocci, Roma, 2000.
- Id., *Per una pedagogia delle emozioni*, edizioni La Nuova Italia, Milano, 2004.

Demetrio D., *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, edizioni Cortina Raffaello, Milano, 1999.

Coupeau J., *Artigiani di una tradizione vivente: l'attore e la pedagogia teatrale*, edizioni La Casa Usher, Firenze, 2009.

Cruciani F., *Teatro nel Novecento: registi, pedagoghi e comunità teatrali nel XX secolo*, edizioni Sansoni Editore, Firenze, 1985.

Cuomo V. – Distaso L. V. (a cura di), *La ricerca di John Cage*, edizioni Mimesis, Milano, 2013.

D'Ambrosio M., *Teatro come pratica pedagogica. Ricerca-azione per la formazione al teatro scuola*, edizioni Pensa Multimedia, Lecce, 2015.

Dahlhaus C. – Eggebrecht H. H., *Che cos'è la musica?*, edizioni Il Mulino, Bologna, 2008.

Dalla Palma S., *La scena dei mutamenti*, edizioni Vita e pensiero, Milano, 2001.

De Marinis M., *Capire il teatro. Lineamenti di una nuova teatrologia*, edizioni Bulzoni, Roma 2008.

Id., *Il teatro dell'altro. Interculturalismo e transculturalismo nella scena contemporanea*, edizioni La Casa Usher, Firenze 2011.

Demetrio D., *Pedagogia della memoria. Per se stessi, con gli altri*, edizioni Meltemi, Roma, 2000.

Id., *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, edizioni Raffaello Cortina, Milano, 1996.

Delfrati C. (a cura di), *Musica in scena. Il teatro musicale a scuola*, edizioni EDT, Torino, 2003.

Delalande F., *Le condotte musicali*, edizioni Clueb, Bologna, 1993.

- Id., *La musica è un gioco da bambini*, edizioni Franco Angeli, Milano, 2004.
- Dewey J., *Arte come esperienza*, edizioni Aesthetica, Palermo, 2010.
- Id., *Il mio credo pedagogico. Antologia di scritti sull'educazione*, edizioni La Nuova Italia, Firenze, 1954.
- Di Giacomo D. – Passafiume D. (a cura di), *La demenza di Alzheimer. Guida all'intervento di stimolazione cognitiva e comportamentale*, edizioni Franco Angeli, Milano, 2007.
- Di Rago R., *Il teatro della scuola. Riflessioni, indagini ed esperienze*, edizioni Franco Angeli, Milano, 2001.
- Id., *Emozionalità e teatro*, edizioni Franco Angeli, Milano, 2008.
- Fadda R. (a cura di), *L'io nell'altro. Sguardi sulla formazione del soggetto*, edizioni Carocci, Roma, 2007.
- Failoni H. - Merini F., *L'altra voce della musica - in viaggio con Claudio Abbado tra Caracas e L'Avana*, edizioni Il saggiatore, Milano, 2010.
- Feil N., *Validation. Il metodo Feil. Per comprendere ciò che i grandi anziani fanno nella mente e nel cuore*, edizioni Minerva, Argelato (Bo), 2013.
- Foucault M., *Follia e psichiatria. Detti e scritti (1957 – 1984)*, edizioni Raffaello Cortina, Milano, 2006.
- Id., *Sorvegliare e punire*, edizioni Einaudi, Torino, 2005.
- Id., *Storia della follia nell'età classica*, edizioni BUR, Milano, 1999.
- Freire P., *La pedagogia dell'oppresso*, edizioni EGA, Torino, 2011.
- Id., *Pedagogia dell'autonomia*, edizioni EGA, Torino, 2014.
- G. Fronzi (a cura di), *John Cage. Una rivoluzione lunga cent'anni*, edizioni Mimesis, Milano, 2013.

- Fubini E, *Eстетica della musica*, edizioni Il Mulino, Bologna, 2009.
- Galanti M. A., *Affetti ed empatia nella relazione educativa*, edizioni Liguori, Napoli, 2001.
- Id. (a cura di), *In rapido volo con morbida voce*, edizioni ETS, Pisa, 2008.
- Id., *Smarrimenti del Sé. Educazione e perdita tra normalità e patologia*, edizioni ETS, Pisa, 2012.
- Gamelli I., *La pedagogia del corpo*, edizioni Raffaello Cortina Editore, Milano, 2011.
- Gardner H., *Il bambino come artista, saggi sulla creatività e l'educazione*, edizioni Anabasi, Milano, 1993.
- Id., *Formae mentis - saggio sulla pluralità dell'intelligenza*, edizioni Feltrinelli, Milano, 2006.
- Garland C. – Garland J., *Life Review In Health and Social Care. A Practitioners Guide*, Routledge, 2005, eBook.
- Ghiglione A., *Barboni. Il teatro di Pippo Delbono*, edizioni Ubulibri, Milano, 1999.
- Giancane D., *Maschere e identità. Educare attraverso il teatro*, edizioni Pensa Multimedia, Lecce, 2003.
- Gigli A., *Conflitti e contesti educativi*, edizioni Junior, Azzano San Paolo, 2004.
- Gigli A. - Tolomelli A. - Zanchettin A., *Il teatro dell'oppresso in educazione*, edizioni Carrocci, Roma, 2008.
- Gilman S.L., *Immagini della malattia. Dalla follia all'AIDS*, edizioni Il Mulino, Bologna, 1993.
- Gini G. – Vianello R., *Psicologia dello sviluppo*, edizioni Utet, Torino, 2012.
- Graff M. – Thijssen M. – Van Melick M. – Verstraten P. – Zajec P., *Curare la*

demenza a domicilio. Indicazioni di terapia occupazionale per anziani e caregivers, edizioni Franco Angeli, Milano, 2016.

Granchi M., *Il teatro e la musica: strumenti di comunicazione*, edizioni Franco Angeli, Milano, 2005.

G. Guccini (a cura di), *La bottega dei narratori. Testi narrativi e laboratori inediti*, edizioni Audino, Roma, 2005.

Guglielmi N., *Il Medioevo degli ultimi. Emarginazione e marginalità nei secoli XI – XVI*, edizioni Città nuova, Roma, 2001.

Guilhot J. - Guilhotm M.A. - Jost J. - Lecourt E., *La musicoterapia*, edizioni Guaraldi Editore, Rimini – Firenze, 1974.

Huizinga J., *Homo ludens*, edizioni Einaudi, Torino, 2002.

James W., *Le varie forme dell'esperienza religiosa*, Morcelliana, Brescia, 1998.

Id., *Pragmatism. A New Name for Some Old Ways of Thinking*, Perennial Press, 2016, eBook.

Jones M., *Gentlecare. Un modello di assistenza per l'Alzheimer*, edizioni Carocci, Roma, 2005.

Konrath J. A., *Alzheimer. La vita di un medico, la carriera di una malattia*, edizioni Manifestolibri, Roma, 2012.

Làdavas E. (a cura di), *La riabilitazione neuropsicologica*, edizioni Il Mulino, Bologna, 2012.

Lapo C., *Armando Punzo e la scena imprigionata. Segni di una poetica evasiva*, edizioni La conchiglia di Santiago, San Miniato (Pi), 2011.

Martinelli M. – Montanari E. (a cura di), *Jarry Duemila. Da Perhinderion ai Polacchi*, Ubulibri, Milano, 2000.

- Montessori M., *Educare alla libertà*, edizioni Mondadori, Milano, 2008.
- Nancy Jean-Luc, *Corpo teatro*, edizioni Cronopio, Napoli, 2010.
- Id., *Essere singolare plurale*, edizioni Einaudi, Torino, 2001.
- Nava G., *Teatro degli affetti*, edizioni Sugarco, Milano, 1998.
- Oida Y., *L'attore fluttuante*, edizioni Editori Riuniti, Roma, 1993.
- Oliva Gaetano, *Educare alla teatralità e formazione. Dai fondamenti del movimento creativo alla form-a-zione*, edizioni LED, Milano, 2005.
- Id., *Il teatro nella scuola. Aspetti educativi e didattici*, edizioni LED, Milano, 1999.
- Id., *La musica nella formazione della persona*, edizioni XY, Arona (NO), 2010.
- Id., *La pedagogia teatrale*, edizioni XY, Arona (NO), 2011.
- Onfray M., *Filosofia del viaggio. Poetica della geografia*, edizioni Ponte alle Grazie, Milano, 2010.
- Pergolini L. – Reginella R., *Educazione e riabilitazione con la Pet Therapy*, edizioni Erickson, Trento, 2009.
- Perissinotto L., *Teatri a scuola. Aspetti, risorse e tendenze*, edizioni UTET Libreria, Torino, 2001.
- Id., *Animazione teatrale. Le idee, i luoghi, i protagonisti*, edizioni Carocci, Roma, 2004.
- Piatti M., *Pedagogia della musica: un panorama*, edizioni Clueb, Bologna, 1994.
- Piatti M. - Strobino E., *Grammatica della fantasia musicale*, edizioni Franco Angeli, Milano, 2011.
- Piaget J., *Lo sviluppo mentale del bambino*, edizioni Einaudi, Torino, 1967.
- Id., *La formazione del simbolo nel bambino*, edizioni La nuova Italia, Firenze, 1972.
- Pilotto S., *La drammaturgia nel teatro della scuola*, edizioni LED, Milano, 2004.

- Pini G., *L'animazione nella pedagogia teatrale*, edizioni Armando, Roma, 2006.
- Prati W., *All'improvviso. Percorsi di improvvisazione musicale*, edizioni Auditorium, Milano, 2010.
- Punzo A., *È ai vinti che va il suo amore. I primi 25 anni di autoreclusione con la Compagnia della Fortezza di Volterra*, edizioni Clichy, Firenze, 2013.
- Quaia L., *Alzheimer e riabilitazione cognitiva. Esercizi, attività e progetti per stimolare la memoria*, edizioni Carrocci Faber, Roma, 2014.
- Rodari G., *La grammatica della fantasia*, edizioni EL, Trento, 2010.
- Salati E. M., *La pedagogia della maschera*, edizioni XY, Arona (NO), 2011.
- Sacks O., *Allucinazioni*, edizioni Adelphi, Milano, 2013.
- Id., *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, edizioni Adelphi, Milano, 2001.
- Id., *Musicofilia*, edizioni Adelphi, Milano, 2008-2009.
- Schaeffner A., *Il paesaggio sonoro*, edizioni Ricordi-Unicopli, Milano, 1985.
- A. Schonberg, *Il pensiero musicale*, edizioni Astrolabio, Roma, 2011.
- Id., *Stile e idea. Saggi critici di musicologia*, edizioni Pgreco, Milano, 2012.
- Shelley P. B., *Poesie*, edizioni Rizzoli, Milano, 1998.
- Sorrentino M., *Teatro partecipato*, edizioni Titivillus, Corazzano (PI), 2009.
- Spaccazocchi M., *Per una pedagogia dei bisogni in musica*, in Piatti M., *Pedagogia della musica: un panorama*, edizioni Clueb, Bologna, 1994.
- Spaccazocchi M. - Stefani G. - Tafuri J., *Educazione musicale di base*, edizioni La scuola, Brescia, 1979.
- Spadafora G. (a cura di), *Verso l'emancipazione. Una pedagogia critica per la democrazia*, edizioni Carocci, Roma, 2010.

- Sparti D., *L'identità incompiuta. Paradossi dell'improvvisazione musicale*, edizioni Il Mulino, Bologna, 2010.
- Spinoza B., *Etica*, edizioni Bompiani, Milano, 2007.
- Stefani G., *Capire la musica*, edizioni Espresso Strumenti, Cuneo, 1981.
- Id., *Competenza musicale e cultura della pace*, edizioni Clueb, Bologna, 1985.
- Id., *Insegnare la musica*, edizioni Guaraldi, Firenze, 1977.
- Id., *Perché la musica*, edizioni La scuola, Brescia, 1979.
- Verdiglione A. (a cura di), *La follia. Documenti del Congresso internazionale di psicanalisi. Milano, 1-4 dicembre 1976*, edizioni Feltrinelli, Milano, 1977.
- Vigorelli P. (a cura di), *La conversazione possibile con il malato di Alzheimer*, Franco Angeli, Milano, 2010.
- Vianello R., *Potenziali di sviluppo e di apprendimento nelle disabilità intellettive*, edizioni Erickson, Trento, 2015.
- Weber M., *L'«oggettività» conoscitiva della scienza sociale e della politica sociale*, in Id., *Il metodo delle scienze storico-sociali*, edizioni Einaudi, Torino, 1958.
- Winnicott D. W., *Gioco e realtà*, edizioni Armando, Roma, 2006.